

Université de Montréal

Le rapport au travail d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle :  
une étude en psychodynamique du travail.

par  
Line Allaire

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M. Sc.)

en sciences infirmières

option : administration des services infirmiers

Février 2006

© Line Allaire, 2006



WY  
5  
U58  
2006  
V.005

---

## **AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## **NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

---

Le-rapport au travail d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle :  
une étude en psychodynamique du travail

Présenté par

Line Allaire

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel Perreault  
président-rapporteur

Marie Alderson  
directrice de recherche

Micheline Saint-Jean  
codirectrice de recherche

Jacques Rhéaume  
membre du jury

## SOMMAIRE

Les contraintes économiques des années 90 ont amené le Québec à entreprendre d'importantes transformations au niveau de son système de santé (Bergeron & Gagnon, 2003). C'est dans ce contexte que le modèle de gestion par programme-clientèle (GPPC) fait son apparition, avec pour objectif d'offrir des soins de qualité à moindre coût et axés sur les besoins réels du patient (Lathrop, 1991, 1993; Newman, 1997). La GPPC modifie cependant de façon significative la structure des disciplines professionnelles (Lathrop, 1991, 1993; Lendrum, 1999). Pour les soins infirmiers, cela se traduit, entre autres, par une diminution du nombre de postes d'infirmières-chefs, lesquels sont remplacés par des postes de gestionnaires de programme-clientèle pouvant ou non être occupés par des infirmières (Clifford, 1998; Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002). Dans ce contexte de transformations intenses et rapides, les conditions de travail des cadres infirmiers se détériorent (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004). La présente étude vise à mieux comprendre l'expérience subjective de travail vécue par des infirmières gestionnaires (chef) de programme clinico-administratif oeuvrant sous une GPPC. Le cadre de référence retenu est celui de la psychodynamique du travail (PDT). Cette approche a pour objet l'analyse du plaisir et de la souffrance vécus au travail ainsi que des éventuelles stratégies défensives développées par le sujet en réaction à une organisation du travail contraignante. L'organisation du travail peut, en effet, être structurante ou fragilisante et permettant ou ne permettant pas aux travailleurs de s'accomplir et de construire leur identité dans le cadre du travail. La méthode de recherche est celle de la PDT; elle se caractérise par un devis qualitatif. Cinq

entrevues collectives d'une durée d'environ trois heures chacune sont réalisées auprès de six infirmières(ers) gestionnaires de programme-clientèle. Les principaux résultats peuvent se résumer en énonçant que l'expérience collective de travail des infirmières(ers) gestionnaires de programme a pour principales sources de souffrance une surcharge de travail, une impossibilité d'accomplir toutes les tâches dévolues ainsi qu'un manque de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir. Ces sources de souffrance se nourrissent principalement d'un mode de GPPC qui, au moment de l'étude, augmentait considérablement les responsabilités de gestion mais aussi de la présence de contraintes telles que le manque de ressources matérielles, financières, administratives, informatiques et de personnel d'encadrement. L'existence, au sein de la direction des programmes-clientèle d'un poste d'encadrement ne bénéficiant d'aucune description explicite, induit une ambiguïté de rôle, des champs de responsabilités et de pratiques qui se chevauchent créant ainsi un malaise identitaire chez les infirmières(ers) gestionnaires de programme-clientèle. Plusieurs stratégies défensives sont observées chez les participants; celles-ci sont déployées pour atténuer les souffrances vécues au travail. Les résultats sont discutés à la lumière des connaissances qui concernent le phénomène à l'étude. Des avenues sont proposées pour la recherche, la gestion, la formation des gestionnaires infirmiers et la pratique des gestionnaires infirmiers.

**MOTS-CLÉS :** Infirmières gestionnaires, gestion par programme-clientèle, organisation du travail, psychodynamique du travail, santé mentale au travail.

### *ABSTRACT*

The economic constraints of the 90s brought Quebec to undertake major changes to its health system (Bergeron and Gagnon, 2003). It is in this context that the model of program management (PM) is initiated, having for objective to offer care of greater quality, to lesser cost and patient's needs oriented (Lathrop, 1991, 1993; Newman, 1997). However, the PM modifies in a significant way the structure of professional disciplines (Lathrop, 1991, 1993; Lendrum, 1999). For nursing, it is impacted among others things, by a decrease in the number of head nurses positions which are replaced by managers positions for the program management that may or may not be filled by nurses (Clifford, 1998; Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002). In this perspective of intense and fast change, the working conditions of nurse managers deteriorate (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004). The present study aims at a better understanding of subjective work experimented by nurse managers of clinical management programs working under a PM. The specific topic covered is the psychodynamic of work (POW). This approach focuses on the analysis of happiness and suffering experienced at work as well as on possible defensive strategies developed by the person in reaction to a compelling work organization. The work organization may, indeed, be structuring or precarious and may be allowing or not allowing the employees to perform and build their identity within the organization. The method of search is POW's and is characterized by a qualitative description of the work. Five collective interviews of approximately three hours each are performed with six nurse managers of the program. Main results can be summarized in asserting that the collective work experiment of the nurse managers' suffering is significantly related to an excess work load, an impossibility to carry out all the assigned tasks as

well as the lack of recognition, autonomy and power. These sources of suffering feed mainly on PM practices which, at the time of the study, not only considerably increased the responsibilities of management but also the presence of constraints such as shortage of material, financial, administrative and computer resources as well as of managing staff. The existence, within the program management, of an executive position lacking explicit description, infers an ambiguity of role, the overlap of fields of responsibilities and practices creates unrest identity to nurse managers of the program management. Several defensive strategies are observed from the participants; these are displayed to ease the sufferings at work. Results are discussed in the light of existing knowledge in regards to the phenomenon in the study. Avenues are proposed for the search, the management, the training of the nurse managers and their practice.

**KEYWORDS:** Nurse managers, program management, organization of work, psychodynamic of work, mental health at work.



## *Table des matières*

Sommaire.....	iii
Abstract .....	v
Liste des sigles et abréviations .....	x
Remerciements .....	xi
<b>Problématique.....</b>	<b>1</b>
1.1. But de l'étude.....	10
1.2. Question de recherche.....	10
<b>Recension des écrits .....</b>	<b>11</b>
2.1. La santé mentale au travail .....	12
2.1.1. L'organisation du travail et la santé mentale .....	13
2.2. La gestion par programme-clientèle .....	15
2.2.1. Mise en contexte .....	16
2.2.2. Origine, définition et but de la gestion par programme-clientèle .....	17
2.2.3. Les principales caractéristiques de la gestion par programme-clientèle..	18
2.3. L'implantation de la gestion par programme-clientèle.....	22
2.4. Impact de la gestion par programme-clientèle sur la profession infirmière ....	25
2.4.1. Le redéploiement de la main d'œuvre et ses effets sur l'effectif infirmier et sa clientèle.....	25
2.4.2. La reconfiguration des processus et ses effets sur le rôle de l'infirmière	27
2.5. La santé mentale et l'environnement du travail infirmier .....	28
2.5.1. L'impact de la restructuration des hôpitaux sur la santé mentale des infirmières .....	31
2.5.2. Les études en psychodynamique du travail .....	33
2.6. L'influence de la gestion par programmes-clientèle sur les infirmières gestionnaires .....	36
2.6.1. L'influence de la gestion par programme-clientèle sur le rôle des directions de soins infirmiers et des infirmières gestionnaires .....	37
2.7 La santé et l'environnement de travail des infirmières gestionnaires.....	41
2.8 Conclusion .....	46
2.9 Cadre de référence .....	47
2.9.1. Évolution théorique de la psychodynamique du travail.....	48
2.9.2. La psychodynamique du travail et son objet.....	49
2.9.3. La psychodynamique du travail : une épistémologie de terrain, dérivée des sciences humaines.....	50
2.9.4. Les principaux concepts à la base de la psychodynamique du travail ....	51
2.9.4.1. Le sujet au cœur de la psychodynamique du travail .....	51
2.9.4.2. Le travail réel et prescrit .....	52
2.9.4.3. Souffrance et plaisir au travail. ....	54
2.9.4.4. La charge psychique du travail .....	56
2.9.4.5. L'identité au travail .....	57
2.9.4.6. La reconnaissance .....	58
2.9.4.7. La normalité .....	59
2.9.4.8. Les stratégies défensives .....	60
2.9.4.9. Les collectifs de travail .....	61

<b>Méthode .....</b>	<b>63</b>
3.1. Le devis de la recherche .....	64
3.1.1. Une approche qualitative .....	64
3.1.2. Une dimension de recherche-action .....	65
3.1.3. L'importance de la parole .....	65
3.2. Les critères du milieu de l'étude .....	66
3.3. Les participants à l'étude .....	66
3.4. Le déroulement de l'étude .....	68
3.4.1. La pré-enquête .....	68
3.4.1.1. Les démarches auprès de la direction des soins infirmiers et de la direction des programmes .....	68
3.4.1.2. La présentation du projet aux infirmières gestionnaires de programme .....	68
3.4.1.3. L'observation .....	70
3.4.2. L'enquête. ....	70
3.4.2.1. La collecte de données .....	71
3.4.2.2. Analyse des données .....	72
3.4.2.3. L'entrevue de validation des données .....	74
3.4.2.4. La rédaction du rapport de recherche .....	74
3.5. Critères de scientificité .....	75
3.5.1. La crédibilité des résultats .....	75
3.5.2. La transférabilité des résultats .....	76
3.5.3. La confirmation des résultats .....	76
3.6. Considérations éthiques .....	77
<b>Présentation des résultats .....</b>	<b>78</b>
4.1 Le milieu de l'étude .....	79
4.2 Les sources de plaisir liées à l'organisation du travail. ....	86
4.2.1. L'organisation d'un processus de soins de qualité : une quête? .....	88
4.2.2. La fierté du travail bien fait .....	88
4.2.3. Innover dans le travail .....	89
4.2.4. L'apprentissage lié à la gestion d'un programme-clientèle .....	89
4.2.5. L'établissement et le maintien d'une relation de confiance avec les employés .....	90
4.2.6. Une relation de confiance et d'entraide entre collègues .....	91
4.3. Les sources de souffrance liées à l'organisation du travail .....	92
4.3.1. Un changement de rôle d'infirmière(er)-chef à gestionnaire de programme : une double identité ou une identité naissante? .....	93
4.3.2. La surcharge de travail .....	95
4.4. La première illustration du miroir aux alouettes : Un travail en perte de sens .....	98
4.4.1. Un travail inaccompli .....	98
4.4.2. Des tâches dévalorisantes et « fourre-tout » .....	103
4.5. La deuxième illustration du miroir aux alouettes : la blessure du manque de reconnaissance .....	104
4.5.1. Le manque de reconnaissance de la part de la haute direction quant à l'utilité du travail accompli .....	105

4.5.2. La non-reconnaissance de l'expertise et de la compétence des gestionnaires de programme .....	107
4.5.3. Le manque de reconnaissance des autres directions .....	108
4.5.4. Le manque de reconnaissance de la part des employés .....	109
4.5.5. Le manque de reconnaissance de la part des pairs.....	110
4.5.6. Le manque de reconnaissance envers les soins infirmiers.....	112
4.6. La troisième illustration du miroir aux alouettes : d'importantes responsabilités avec peu d'autonomie. ....	112
4.7. Le conflit éthique.....	114
4.7.1. Être gestionnaire de programme-clientèle : un administrateur ou un coach? .....	116
4.8. La gestion par programme : un travail à risque pour la santé des gestionnaires de programme? .....	117
4.9. Les stratégies défensives.....	118
4.9.1. Les stratégies défensives individuelles .....	118
4.9.2. Stratégie individuelle partagée.....	122
4.9.3. Stratégie défensive collective .....	123
4.9.4. L'hyperactivité au travail en tant qu'idéologie défensive.....	125
<b>Discussion des résultats.....</b>	<b>128</b>
5.1. Le modèle de gestion par programme-clientèle au centre hospitalier X .....	129
5.2. Un changement de rôle : d'infirmière-chef à gestionnaire de programme-clientèle, une double identité ou une identité naissante?.....	135
5.3. La surcharge de travail.....	140
5.4. Un travail en perte de sens.....	141
5.5. La blessure du manque de reconnaissance .....	145
5.6. D'importantes responsabilités mais peu d'autonomie.....	149
5.7. Les conflits éthiques .....	152
5.8. Les stratégies défensives.....	154
5.9. La contribution de l'approche de la psychodynamique du travail.....	158
5.10. Des sources de plaisir brimées.....	159
5.11. Avenues .....	160
5.11.1. Avenues pour la recherche.....	161
5.11.2. Avenues pour la gestion.....	161
5.11.3. Avenues pour la formation des gestionnaires de programme-clientèle .....	163
5.11.4. Avenues pour la pratique des infirmières gestionnaires de programme-clientèle.....	164
5.12. Limites de l'étude .....	165
<b>Conclusion .....</b>	<b>168</b>
<b>Références.....</b>	<b>171</b>
APPENDICE A .....	187
APPENDICE B .....	190
APPENDICE C .....	192
APPENDICE D .....	198
APPENDICE E.....	200

## *LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS*

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CLSC : Centre local de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DSI : Direction des soins infirmiers

DSI/PC : Direction des soins infirmiers et des programmes-clientèles

DSP : Direction des services professionnels

GPPC : Gestion par programme-clientèle

PDT : Psychodynamique du travail

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

## REMERCIEMENTS

Ce projet de maîtrise a vu le jour grâce aux efforts, au soutien et aux encouragements de plusieurs personnes. Aussi, je veux prendre le temps de les remercier pour l'aide apportée.

En premier lieu, je voudrais remercier ma directrice, Mme Marie Alderson pour avoir cru en mes capacités. Elle a accepté de m'encadrer et a su le faire avec rigueur, patience et générosité tout au long de ce parcours. Mme Alderson m'a ouvert le chemin afin que je puisse me dépasser. Je lui voue ma plus profonde gratitude.

Ma reconnaissance va aussi à ma co-directrice, Mme Micheline Saint-Jean pour m'avoir aidée à apprivoiser avec patience les subtilités de l'approche de la psychodynamique du travail. Je la remercie pour son regard juste et critique sur mes écrits ainsi que pour son soutien et ses encouragements constants.

Ma plus profonde reconnaissance va à ma mère qui tout au long de sa vie a permis à cette grande curiosité qui m'habitait d'éclore et de croître. Elle n'a eu de cesse de m'encourager à toujours aller plus loin sur le chemin de la connaissance. Malgré son absence, ses paroles m'ont guidée sur ce long chemin des études supérieures. Maman, je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai.

À mon conjoint, je dis merci pour son soutien et ses encouragements quotidiens qui m'ont permis de « tenir le coup » tout au long de ce parcours. Je lui dois beaucoup.

Je voudrais remercier mes amis(es), Manon, Sylvain, François, Monique et Patricia pour leurs encouragements dans les moments difficiles.

Je voudrais adresser mes remerciements les plus sincères aux gestionnaires infirmiers qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour leur générosité à partager leur vécu au travail. Sans eux, ce projet n'aurait pu se concrétiser.

Merci, à Mme Claire de Ravinel pour ses corrections assidues.

Un grand merci au centre FERASI pour le soutien financier apporté à ce mémoire.

*Problématique*

Au milieu des années 90, les contraintes économiques ont amené divers pays industrialisés à effectuer d'importantes restructurations de leur système de santé (Bergeron & Gagnon, 2003; Blythe, Baumann & Giovanetti, 2001; Parker Shannon, 2002). Le Canada, faisant face à une crise financière majeure, n'a pas fait exception. Le gouvernement canadien s'engagea donc dans une lutte au déficit (Turgeon & Gauthier, 2002) en créant le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (Turgeon & Gauthier, 2002); cette mesure modifia les modalités de financement aux provinces, en matière de santé. Dans un même temps, le ministre des Finances du Canada annonça une réduction de 15% des sommes versées aux provinces pour leur système de santé (Turgeon & Gauthier, 2002). Cette situation entraîna un manque à gagner pour les provinces canadiennes.

Dans ce mouvement et dans une perspective de rationalisation des coûts visant l'atteinte du déficit zéro, le gouvernement du Québec a procédé à une profonde réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux en fermant plusieurs hôpitaux, en fusionnant divers établissements de santé, en créant le virage ambulatoire, et en proposant aux professionnels et employés un programme incitatif de départ à la retraite (Bergeron & Gagnon, 2003).

Dans cette foulée, de nouveaux modèles organisationnels importés du monde industriel (Woodward, Shannon, Cunningham, Mc Intosh et al., 1999), notamment, la

« gestion par programme-clientèle » (GPPC)<sup>1</sup>, ont fait leur apparition dans les hôpitaux canadiens et québécois. Ce nouveau mode de gestion, présentant une structure décentralisée, a pour objectif d'offrir des soins de qualité, à moindre coût et axés sur les besoins du patient (Lathrop, 1991; Myers, 1998; Parker Shannon, 2002). Un tel mode de gestion permettrait aux hôpitaux d'être plus performants et efficaces (Lathrop, 1991, 1993). Pour ce faire, ce modèle modifie les structures des disciplines professionnelles (Lathrop, 1991, 1993; Lendrum, 1999; Parker Shannon, 2002; Van DeVelde-Coke, 1999; White, 1997) et intègre le concept de travail d'équipe afin d'amener les professionnels à travailler en collaboration. Ces objectifs s'arriment bien avec l'un des objectifs proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), demandant aux systèmes de santé - et donc aux hôpitaux - de viser la performance, par l'atteinte de meilleurs résultats et cela, compte tenu des ressources disponibles (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2001a), ce qui signifie « faire plus avec moins » (Carpentier-Roy, 2001).

La GPPC a pour volonté de rapprocher davantage les soins et services du patient selon les besoins réels de ce dernier et de sa famille; l'appellation anglophone du modèle, soit le « *patient focus care* », exprime bien ce fait. En résumé, il favorise la prestation de soins professionnels interdisciplinaires auprès du patient (Parker Shannon, 2002), ainsi que l'accroissement de la qualité des services tout en générant une réduction des coûts (Gelinas & Manthey, 1997; Lathrop, 1991; Moffit, Daly,

---

<sup>1</sup> Cette abréviation sera utilisée tout au long du texte pour identifier la gestion par programme-clientèle.



Tracey, Galloway & Tinstman, 1993; Myers, 1998). Plus précisément, ledit modèle préconise premièrement, un regroupement des clientèles selon leurs diagnostics et besoins (Myers, 1998; Parker Shannon, 2002). Deuxièmement, il décentralise les services médicaux auxiliaires (pharmacie, laboratoire, radiologie) afin de les rapprocher du patient (Clifford, 1998; Ingersoll, Cook, Fogel, Applegate & Frank, 1999; Lathrop, 1991, 1993; Myers, 1998; Parker Shannon, 2002). Troisièmement, il accroît la polyvalence du personnel soignant, en lui donnant une formation afin d'augmenter son habileté à effectuer, auprès du patient, une variété de fonctions qui n'étaient pas incluses dans ses définitions de tâches (Clifford, 1998; Ingersoll et al., 1999; Lathrop, 1991, 1993; Myers, 1998). Cette polyvalence a pour but explicite d'améliorer la continuité des soins et pour but implicite de réduire la masse salariale (Lendrum, 1999). Un tel modèle s'accompagne d'une réduction du nombre de cadres intermédiaires (Aiken et al., 2001; Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas & Butt, 2002; Parker Shannon, 2002) ainsi que d'un élargissement de leur rôle et responsabilités (Gelinas & Manthey, 1997; Ingersoll et al., 1999; Parker Shannon, 2002).

Ces multiples transformations du réseau de la santé, qui modifient l'organisation du travail, ne sont pas sans conséquences sur le personnel. Comme le mentionne Carpentier-Roy (1995), « Parmi les effets importants de ce virage industriel des services de santé, il en est un de taille qui concerne son impact sur la santé mentale des travailleurs en milieu hospitalier » (p.14).

L'étude de Woodward et al. (1999) qui évalue l'impact sur les employés de la réorganisation rapide d'un hôpital universitaire de l'Ontario, où sont incluses

certaines caractéristiques de la gestion par programme, révèle une augmentation significative de l'indice de détresse psychologique chez les employés. Les résultats de cette étude tendent à démontrer un impact possible sur la santé mentale des employés.

L'étude de Rouleau (1999) réalisée dans le domaine de la gestion, parle du « malaise » du management intermédiaire en période de restructuration (Rouleau, 1999). Les gestionnaires sont, en effet, constamment soumis à des tensions contradictoires et conflictuelles, qui les amènent à se questionner sur le bien fondé de leur pratique.

Il apparaît que les cadres du réseau de la santé vivent de la détresse (Morin, Archambault, Bellavance, Giroux & Pauchant, 2001). Une étude récente menée auprès de cadres supérieurs du réseau, n'œuvrant pas nécessairement dans le cadre d'une GPPC et travaillant dans différentes formes de structures et de modes de gestion, révèle que 40,2% des cadres supérieurs du réseau de la santé disent avoir éprouvé, dans la semaine précédant leur participation à l'étude, un niveau significatif de détresse psychologique (Morin et al., 2001).

Les transformations du réseau de la santé de la décennie 90 ont entraîné une réduction des effectifs du personnel cadre et modifié les conditions de travail de ces derniers. Les effectifs en personnel cadre du réseau ont diminué de 32% entre 1990-1991 et 2002-2003. Par le fait même, le taux d'encadrement a augmenté passant de 15,2 à 22,9 pour la même période (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004). Il appert que les cadres doivent effectuer plus d'heures de travail pour

s'acquitter de leurs fonctions et que la moitié d'entre eux doivent réduire leur période de vacances (Fabi, Lacoursière & Proulx, 2000). Ces différents facteurs ne sont sûrement pas étrangers au fait de créer une situation à risque pour la santé physique et mentale du personnel d'encadrement du réseau.

Qu'en est-il des infirmières<sup>2</sup> gestionnaires? Depuis 1994-1995, le nombre de cadres infirmiers a diminué d'environ 40% dans le réseau de la santé. Par le fait même, le ratio d'encadrement, des cadres infirmiers, a augmenté passant de un cadre pour 24,4 employés en 1994-1995 à un cadre pour 41,2 employés en 2002-2003 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004). Cette situation reflète une plus grande fragilisation de l'encadrement dans le secteur des soins infirmiers.

À ce jour, il paraît y avoir peu d'études s'intéressant à ce que vivent les infirmières gestionnaires de programme-clientèle oeuvrant au sein d'une structure de GPPC (Ingersoll et al., 1999; Redman & Jones, 1998). Dans ce nouveau mode de gestion, les infirmières gestionnaires de programme administrent un « programme clientèle », ce qui implique la supervision de professionnels plus nombreux et plus diversifiés (infirmières, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) et de non professionnels (préposés aux bénéficiaires, préposés à l'entretien, etc.) (Clifford, 1998; Gelinas & Manthey, 1997; Ingersoll et al., 1999; Parker Shannon, 2002; Redman & Jones, 1998). L'étude d'Ingersoll et al. (1999) met en lumière, chez les

---

<sup>2</sup> Le féminin de ce mot sera utilisé à la place du masculin tout au long du texte pour représenter la majorité féminine.

infirmières gestionnaires,<sup>3</sup> une sensation de frustration accrue ainsi qu'un sentiment d'inadéquation et d'ambiguïté dans leur nouveau rôle. Elles ressentent un élargissement de leurs responsabilités et de leur rôle (Redman & Jones, 1998). L'accroissement de la tâche (recruter de nouveaux employés, composer avec la venue d'une plus grande diversité d'employés, écouter et gérer les plaintes des infirmières, etc.) crée une augmentation considérable de la pression et du stress (Redman & Jones, 1998). Les infirmières gestionnaires disent avoir peu de temps disponible pour rechercher le soutien de leurs collègues, qui elles aussi se sentent submergées et stressées. Redman et Jones (1998) font état d'un manque de systèmes de soutien pour les gestionnaires, générant un plus grand sentiment d'isolement.

Bien qu'il n'existe pas de statistiques concernant les infirmières gestionnaires en particulier, les données ci-après illustrent néanmoins un état de la situation sur les heures en congé-maladie, en assurance-salaire et en invalidité pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé. Les statistiques de l'Association des hôpitaux du Québec (2002) indiquent entre 1999 et 2001, une augmentation des heures en congé-maladie chez les cadres et autres types de personnel des établissements du réseau. Les heures en assurance-salaire augmentent graduellement chez le personnel cadre de 1998 à 2001 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003). Également, les statistiques démontrent une évolution du pourcentage des heures en invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé : 38% en 1998-

---

<sup>3</sup> Infirmière gestionnaire est entendu ici dans le sens d'infirmière gestionnaire d'un programme-clientèle.

1999 contre 41% en 1999-2000 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2001c). Bien que ces statistiques ne visent pas spécifiquement les cadres qui travaillent dans le contexte d'une gestion par programme-clientèle (GPPC), elles reflètent un malaise général chez l'ensemble des employés du réseau de la santé. Le MSSS (2001c) est conscient de la problématique et note qu'il est urgent d'identifier avec l'aide des intervenants eux-mêmes, des solutions à l'augmentation des troubles mentaux liés au travail. La psychodynamique du travail vise précisément l'identification des éléments qui permettent aux travailleurs de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrées dans leur travail (Dejours, 1995a); cette approche place les travailleurs au centre de la démarche d'investigation (Dejours, 2000a).

La présente étude vise à mieux comprendre l'expérience subjective de travail d'infirmières gestionnaires de programme oeuvrant au sein d'une GPPC. Elle est d'autant plus pertinente que le MSSS (2001b) prévoit, d'ici 2010, le départ à la retraite d'environ 6000 cadres du réseau. Les infirmières gestionnaires occupent une bonne partie de ces postes cadres. Pour pallier les départs et l'augmentation des besoins en encadrement, le MSSS envisage l'embauche d'environ sept mille cadres, ce qui représente 72% des effectifs actuels. Le défi que pose le recrutement de ces nouveaux cadres apparaît de taille, tant ces postes semblent actuellement attirer peu la relève. Aussi, importe t-il de développer une meilleure compréhension de l'expérience de travail des infirmières gestionnaires de programme. Il est en effet urgent de dégager les modifications qui s'imposent au niveau de ce nouveau mode organisationnel afin de préserver la santé des infirmières gestionnaires.

Les quelques études existantes nous rapportent des éléments relatifs aux facteurs intrinsèques au travail (surcharge, changement dans les rôles et responsabilités), aux facteurs liés à des problèmes de rôles (conflit, ambiguïté), à l'augmentation de la frustration et du stress, etc. Ces études ne nous permettent cependant pas de découvrir comment, dans ce contexte, les infirmières gestionnaires arrivent à conserver un certain équilibre psychologique malgré ces contraintes. Elles ne permettent pas de saisir la relation subjective et intersubjective qui prévaut entre le vécu des infirmières gestionnaires et l'organisation du travail telle que structurée par la GPPC. Il est important d'identifier dans cette nouvelle organisation du travail, les éléments qui sont tantôt structurants, tantôt défavorables pour la santé mentale des infirmières gestionnaires.

Il importe que la gestion des soins infirmiers demeure sous la tutelle des infirmières. Or, l'avènement de la GPPC modifie la structure des disciplines professionnelles (Lathrop, 1991, 1993; Lendrum, 1999). Cela se traduit, pour les soins infirmiers, par un changement dans la position hiérarchique de la direction des soins infirmiers (Parker Shannon, 2002) ainsi qu'une diminution des cadres infirmiers (Blythe et al., 2002), ce qui occasionne une certaine préoccupation en terme de visibilité des soins infirmiers (Clifford, 1998) privant ainsi les infirmières d'autorité sur leur propre discipline (Baumann, O'Brien-Pallas et al., 2001).

Cette étude investigate, au moyen de la psychodynamique du travail, l'expérience subjective vécue par des infirmières gestionnaires de programme oeuvrant dans le cadre d'une structure de GPPC. Cette expérience de travail est investiguée en termes

de plaisir et de souffrance, de stratégies défensives déployées (individuelles ou collectives) et de répercussions sur la santé mentale des infirmières gestionnaires de programme. Cette étude s'intéresse plus particulièrement à la charge psychique du travail des infirmières gestionnaires, laquelle est définie par le sens que ces dernières donnent à leur travail. Cette charge est abordée d'une façon collective car même si le plaisir et la souffrance au travail sont vécus individuellement, ils le sont à partir d'une charge psychique partagée par tous. À la fin du processus d'investigation, la PDT amène les participants, s'ils le désirent, à identifier des pistes de solutions possibles. Ces dernières visent à modifier l'organisation du travail afin d'une part, de remédier aux sources de souffrance associées à l'organisation du travail et d'autre part, de renforcer les sources de plaisir liées à celle-ci.

### 1.1. But de l'étude

Cette étude vise à mieux comprendre l'expérience subjective de travail vécue par des infirmières gestionnaires de programme-clientèle oeuvrant au sein d'un modèle de gestion par programme-clientèle.

### 1.2. Question de recherche

Quel est le sens de l'expérience subjective de travail d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle – en termes de plaisir, de souffrance et de stratégies défensives – oeuvrant dans un mode de gestion par programme-clientèle?

*Recension des écrits*



Cette recension des écrits se divise en plusieurs sections. La première section traite de manière générale de la santé mentale au travail et de l'influence de l'organisation du travail sur cette dernière. La deuxième section aborde le mode de gestion par programme–clientèle, son implantation et ses résultats. La troisième considère l'influence de ce mode de gestion sur la profession infirmière. La quatrième examine la santé mentale des infirmières et l'environnement du travail. La cinquième section traite de la santé mentale des infirmières gestionnaires et de l'environnement de travail et, finalement, la sixième section décrit le cadre de référence de la présente étude.

### 2.1. La santé mentale au travail

Les problèmes de santé mentale demeurent actuellement l'une des principales causes d'absence au travail et ce phénomène ne cesse de croître (Gabriel & Liimatainen, 2000; Nystuen, Hagen & Jerrin, 2001). Selon Vézina et Bourbonnais (2002), au Québec, la proportion de travailleurs qui se sont absentés au moins une journée à la suite d'un problème de santé mentale est passée de 7,2% à 13,2% entre 1987 et 1998 et la durée de ces absences est en constante progression. De 1992 à 1998, le nombre moyen de journées d'incapacité par personne à la suite d'un diagnostic de santé mentale a triplé (Vézina & Bourbonnais, 2002).

Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001a), la détresse psychologique est la première cause d'absentéisme chez le personnel du réseau de la santé. De 1993 à 1999, les coûts de l'assurance salaire ont augmenté de 25% et ce, en

majeure partie pour des motifs d'épuisement professionnel et de dépression (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2001a).

### *2.1.1. L'organisation du travail et la santé mentale*

Les recherches sur la santé mentale au travail font état de l'importance de l'organisation du travail au regard de la santé mentale des travailleurs (Alderson, 2001; Carpentier-Roy, 1995a; Carpentier-Roy, St-Jean, Saint-Arnaud & Gilbert, 2000; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Vézina 1999). L'objectif de cette section n'est pas de faire un inventaire exhaustif des théories existant au sein du paradigme du stress<sup>4</sup>. Cependant, deux modèles théoriques seront présentés car ces deux modèles sont actuellement très utilisés dans le domaine de la recherche en santé mentale au travail. Ces derniers considèrent que les facteurs psychosociaux de l'organisation du travail ont un impact sur la santé mentale. De plus, certains facteurs de ces modèles théoriques liés à l'organisation du travail sont aussi considérés par la psychodynamique du travail.

Le premier modèle, celui de la tension au travail développé par Karasek (1979) et Karasek et Théorell (1990) émet comme hypothèse qu'une organisation du travail caractérisée; d'une part, par des demandes excessives accompagnées d'un pauvre contrôle des travailleurs sur la tâche et, d'autre part, par le manque de soutien social

---

<sup>4</sup> Pour mieux comprendre la distinction entre le paradigme du stress et le paradigme compréhensif voir article : Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress. *Santé mentale au Québec*, 29 (1), p. 257-276.

de la hiérarchie, est directement liée à l'apparition de problèmes de santé mentale. Le deuxième modèle est celui de l'effort-récompense (Siegrist, 1996; Siegrist, Peter, Junde, Cremer & Siedel, 1990; Siegrist, Siegrist, & Weber, 1986). Ce modèle s'appuie sur l'hypothèse qu'une situation de travail déterminée par des efforts considérables et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physiologique (Vézina 1999).

Les études issues de ces deux modèles se retrouvent sous le paradigme du stress et présentent des méthodologies quantitatives. Si ces dernières s'avèrent utiles à la description et à l'évaluation des facteurs de l'environnement psychosocial du travail et leur effet sur la santé mentale, elles sont moins utiles à la compréhension de la relation entre l'organisation du travail et l'expérience de travail vécue par les personnes elles-mêmes, au travail. L'approche de la psychodynamique du travail propose une analyse dynamique et compréhensive de l'expérience de travail (Alderson, 2004a; Vézina 1999). Elle s'inscrit dans un paradigme compréhensif, privilégie une approche méthodologique qualitative et pose comme hypothèse qu'il y a une relation significative entre la manière dont le travail est organisé et la santé mentale des travailleurs (Alderson, 2004a). Cette approche situe l'organisation du travail comme étant une source de problèmes de santé mentale. Elle vise la transformation de cette organisation, par les travailleurs, dans le but de la rendre plus conforme à leurs désirs et ainsi plus opérante dans leur construction identitaire et de santé mentale (Alderson, 2001, 2004a; Vézina 1999; Vézina, 2000). Cependant, on peut avancer que même si les approches du stress et de la psychodynamique du travail divergent dans leur façon de concevoir la santé mentale au travail, elles ont

toutes deux le souci de s'intéresser à l'organisation du travail et ses effets sur la santé mentale. Ces approches contribuent à étendre davantage le champ des connaissances en santé mentale au travail.

La section qui suit explore un nouveau mode de gestion qui fait son apparition dans les services de santé et services sociaux au Québec et qui implique une nouvelle organisation du travail.

## 2.2. La gestion par programme-clientèle

Les multiples réorganisations des systèmes de santé réalisées au cours des dernières années ont introduit l'arrivée de nouveaux modes de gestion. Il est de plus en plus reconnu que les nouveaux modes de gestion, incluant une restructuration et une réorganisation des milieux de travail au nom d'une rationalité économique et d'une meilleure atteinte de la performance, voire de l'excellence, sont sources de problèmes de santé mentale (Aubert, 1992; Aubert & Gaulejac, 1991; Carpentier-Roy, 1995a, 1995c; de Gaulejac, 2005).

Ces nouvelles façons de faire amènent souvent les employeurs à exiger une plus grande polyvalence des employés. Quelques études ont révélé que la polyvalence perturbe la profession chez le travailleur qualifié et ne valorise pas le travailleur non qualifié (Carpentier-Roy, 1995c). Lorsqu'il y a polyvalence, les représentations que le travailleur se fait de lui, des autres et de son travail sont embrouillées. La polyvalence banalise la valeur et l'expérience du métier et attaque la reconnaissance sur le jugement d'utilité et de beauté du travail accompli. Cette reconnaissance est

nécessaire à l'estime de soi et à la création identitaire au travail. De plus, ces nouveaux modes de gestion connus sous le vocable de la gestion de l'excellence exigent des employés d'adhérer aux valeurs prônées par l'organisation (Aubert, 1992; Aubert & Gaulejac, 1991). Ces approches valorisent la responsabilisation, l'adaptation permanente et le dépassement de soi et de telles exigences ont des répercussions sur la santé mentale des travailleurs. En effet, cette culture joue au niveau d'objectifs désirables pour l'organisation et d'objectifs séduisants pour la personne tels : l'autonomie, la responsabilisation et l'accomplissement de soi. C'est le management par la passion qui invite l'individu au plaisir tout en lui imposant une mobilisation psychique et affective très grande qui, suite à la période d'euphorie, le laisse seul devant une insatisfaction marquée et ses désillusions (Aubert, 1992; Carpentier-Roy, 1995c). La section qui suit décrit une nouvelle approche, qui semble véhiculer les valeurs ci-haut mentionnées, adoptée par les hôpitaux canadiens et québécois : celle de la gestion par programme-clientèle.

### *2.2.1. Mise en contexte*

La gestion par programme-clientèle est un modèle de gestion qui a vu le jour dans les années 1980, aux États-Unis. Ce modèle donne une place centrale au patient et à ses besoins, dans le processus de soins, et cherche à accroître la collaboration professionnelle. Pour adhérer à ces nouvelles valeurs, la GPPC s'appuie sur une modification de la structure organisationnelle et une réorganisation des processus de soins qui entraîne inévitablement une reconfiguration des procédés de travail.

Le système de santé canadien, au même titre que celui d'autres pays, subit, en effet, d'importants changements (Aikman, Andress, Goodfellow, Labelle & Porter-O'-Grady, 1998; Leatt, Lemieux-Charles & Aird, 1994). Les plus importants sont : l'augmentation des coûts du système de santé, le vieillissement de la population, la progression des services ambulatoires, la présence de patients mieux informés et désirant jouer un rôle dans les prises de décisions les concernant, la demande des patients pour une meilleure continuité des soins, l'augmentation de la technologie médicale, etc. (Leatt et al., 1994; Lendrum, 1999). À ces enjeux, s'ajoute un enjeu économique important pour les systèmes de santé provinciaux. Afin de restreindre son déficit, le Canada diminue les sommes d'argent versées aux provinces pour le système de santé (Turgeon & Gauthier, 2002). Ainsi, les nouveaux modes de gestion dans les systèmes de santé canadiens visent, entre autres, la réduction des coûts. Les contextes économiques et politiques canadiens engendrent un terrain propice pour la réingénierie et la restructuration du système de santé des provinces, notamment au Québec (D'Amour, 2003). Ce contexte favorise la mise en place d'un modèle de GPPC (D'Amour, 2003; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2001a).

### *2.2.2. Origine, définition et but de la gestion par programme-clientèle*

Le concept de gestion par programme clientèle apparaît dans les écrits scientifiques à la fin des années 1980. Lathrop et ses collègues, de la firme Booz-Allen & Hamilton, ont analysé les problèmes d'efficience des hôpitaux, ce qui a entraîné l'émergence du concept et de la théorie du *patient focused care* (Jenner, 1998; Weber, 1991). Le premier hôpital à avoir implanté la gestion par programme

clientèle est le *Florida Lakeland regional medical center* situé dans l'État de la Floride aux États-Unis (Clouten & Weber, 1994; Leander, 1996; Weber, 1991).

Selon Booz-Allen & Hamilton (cités 1993 dans Jenner, 1998), la GPPC a été décrite comme suit : « une philosophie de soins qui définit les besoins du patient comme prioritaires. Ces besoins deviennent un facteur primordial dans la formation des pratiques et des processus de soins, ainsi que dans l'offre des services de soutien qui entourent le patient » (traduction libre) (Jenner, 1998, p. 1087).

J. Philip Lathrop, considéré comme l'expert de l'approche de la GPPC (Myers, 1998) définit les buts de la gestion par programme comme suit : 1) améliorer la continuité des soins pour les patients; 2) améliorer la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les autres professionnels; 3) diminuer les déplacements du patient au sein de l'hôpital; 4) augmenter la proportion des activités consacrées aux soins; 5) concevoir des environnements de soins en fonction des besoins des patients; et 6) habiliter les professionnels et employés à planifier et exécuter leur travail de façon à ce qu'ils répondent aux besoins des patients. Plusieurs autres auteurs ajoutent à ces buts la réduction des coûts (D'Amour, 2003; Lutz & Bowers, 2000; Myers, 1998; White, 1997; Woodward et al., 1999).

### *2.2.3. Les principales caractéristiques de la gestion par programme-clientèle*

La volonté sous-jacente à la gestion par programme clientèle consiste à ramener les tâches effectuées par les services auxiliaires (pharmacie, laboratoire, etc.) au

chevet du patient, en tenant compte de la réduction du nombre d'employés impliqués ainsi que du nombre d'étapes nécessaires à une tâche (Clouten & Weber, 1994). Ce nouveau mode de gestion, présentant une structure décentralisée, a pour objectif d'offrir des soins de meilleure qualité, à moindre coût et axés sur les besoins réels du patient (Lathrop, 1991; Myers, 1998; Parker Shannon, 2002). Une façon de réduire les coûts est d'utiliser adéquatement la main d'œuvre - laquelle constitue une large part du budget des hôpitaux - tout en diminuant, à l'intérieur du processus de prestation de soins, ce que Lathrop (1991, 1993) appelle le temps structurel vide *structural idle time*. Selon White (1997), ce terme signifie le temps passé par les soignants à effectuer des tâches qui ne sont pas considérées comme ayant une valeur ajoutée dans un environnement de soins privés. Ceci peut inclure le transport des patients nécessitant un traitement jusqu'à la discussion d'un plan de traitement avec le patient et sa famille. Ce principe semble paradoxal à l'intérieur d'un modèle qui donne une place centrale au patient et à ses besoins. En effet, White (1997) mentionne que ce concept de non-valeur ajoutée est à analyser avec prudence dans un système public de santé tel que le Canada. Ces activités, sans valeur ajoutée, sont toutefois considérées comme une partie importante des soins de santé.

Les principes essentiels d'un programme-clientèle sont : le regroupement des patients ayant les mêmes besoins au sein d'un programme (Mang, 1995; Moffit et al., 1993; Newman, 1997); la décentralisation des services et leur localisation près des patients (Mang, 1995; Moffit et al., 1993; Patronis Jones, Dougherty & Martin, 1997; White, 1997); la polyvalence des employés non professionnels, *multiskilling*, ainsi que la formation mutuelle, *cross training* (Hurst, 1996; Mang, 1995; Moffit et al.,



1993; Newman, 1997; Patronis Jones et al., 1997) et le travail en équipe interdisciplinaire (Hurst, 1996; Mang, 1995; Newman, 1997; White, 1997). Cependant, il ne semble pas y avoir de « recettes miracles » dans l'application de ces principes (Mang, 1995). Chaque hôpital doit évaluer ses besoins spécifiques (Leatt et al., 1994) et décider comment ces principes peuvent l'aider à rencontrer ses besoins (Bretton, 2000; Mang, 1995; Myers, 1998).

En ce qui concerne la conception des programmes, il ne semble pas y avoir de règles pour établir le nombre de programmes qui seront nécessaires ainsi que la manière dont ils seront groupés au sein d'un hôpital (Bretton, 2000; Leatt et al., 1994; Mang, 1995). Il peut exister différents types d'organisation par programme-clientèle (Leatt et al., 1994; Mang, 1995; Weber, 1991). Dans le contexte canadien, les programmes sont établis selon les besoins de santé de la population où se situe l'organisation qui dispense les services de santé (Leatt et al., 1994). Les hôpitaux peuvent définir les programmes de différentes manières selon le groupe de population (âge, genre, etc.), selon les problèmes de santé (cancer, problème cardiaque, etc.), selon les besoins des patients (soins prolongés, réadaptation, etc.), selon le genre de services offerts (ambulatoire, etc.) ainsi que selon la spécialité médicale (médecine, chirurgie, etc.) (Bretton, 2000; Leatt et al., 1994).

Selon Moore et Komras (1993), il semble exister deux modèles de GPPC. Le premier est basé sur le principe que l'efficacité et l'amélioration de la qualité des soins dépendent de la restructuration des façons de travailler en milieu hospitalier. L'accent est mis sur la structure et les systèmes de gestion des services. Le deuxième

modèle établit que le rôle de l'hôpital est de fournir un environnement de soins propice à la guérison du corps, de la psyché et de l'esprit. Ce modèle met l'accent sur l'habilitation et l'autonomie du patient à prendre en charge son processus de soins en lui offrant la possibilité de prendre davantage de décisions quant aux soins qu'il doit recevoir. Ce modèle demande une modification des valeurs du personnel face aux patients. Les deux modèles combinés entraînent un renouveau fondamental pour les hôpitaux dans une perspective centrée sur les besoins et les attentes du patient.

Les appellations, les définitions et les composantes essentielles de la GPPC reflètent un manque de consensus (Blythe et al., 2001; Newman, 1997). Une des raisons de ce manque d'unanimité, selon Newman (1997), vient du fait que ces différentes définitions proviennent de consultants en gestion qui se montrent compétitifs entre eux. En effet, en modifiant quelque peu la structure, le processus et les indicateurs de résultats du modèle de base et en les renommant par la suite, ils créent de nouveaux concepts : *patient focus care*, *patient centered care*, *program management*, *restructuring*, *downsizing*, *re-engineering* et *product line management*. Pare contre, les principes de base qui les composent sont similaires (White, 1997).

La section qui suit porte sur les incitatifs, les avantages et désavantages liés à l'implantation d'un mode de gestion par programme-clientèle.

### 2.3. L'implantation de la gestion par programme-clientèle

Dans certains écrits, il appert que la GPPC est mise en place pour éliminer les problèmes de manque d'efficacité engendrés par la départementalisation des services hospitaliers, il importe alors de recentrer la prestation des services de soins sur le patient plutôt que sur les disciplines professionnelles (Lathrop, 1993).

Bretton (2000) a réalisé, au Québec, une étude de type exploratoire visant à faire ressortir les avantages et les désavantages d'une structure sous forme de gestion par programme-clientèle. Cet auteur mentionne quelques-uns des motifs incitatifs de changement organisationnel pour les hôpitaux québécois: 1) une structure de soins orientée davantage sur le soignant que sur le client, 2) une bureaucratie importante, 3) des ruptures de communication, 4) un système décisionnel lourd, 5) une clientèle qui désire davantage être impliquée dans les décisions qui la concernent, 6) l'insatisfaction de la clientèle concernant le processus de distribution des soins, 7) une sollicitation excessive des cadres de haut niveau (DSP et DSI) qui doivent régler des conflits qui pourraient être résolus par leurs gestionnaires intermédiaires et 8) la fusion entre les centres hospitaliers, centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres locaux de services communautaires qui permet une approche en réseau orientée vers une notion de programme-clientèle.

Selon Bretton (2000), il y a des conditions facilitant l'implantation de la GPPC telles le climat d'écoute, un projet rassembleur, une décision claire du conseil d'administration, un engouement de la direction pour ce concept, une vision articulée

et partagée ainsi que des ressources pour appuyer la transition. Ce même auteur mentionne que les valeurs<sup>5</sup> et la culture organisationnelle doivent justifier la structure et par conséquent faire l'objet d'une réflexion préalable à tout changement organisationnel.

Une étude de cas réalisée par Newman (1997) évaluant l'implantation de la GPPC dans un hôpital en Angleterre, note les clés de succès suivantes : 1) encourager et stimuler les différents acteurs internes et externes et dissiper les rumeurs tout en gérant la résistance au changement; 2) susciter l'engagement par l'implication du personnel 3) améliorer la communication et 4) former les employés à être plus polyvalents. Selon l'auteur, ce mode de gestion apporte aussi certains changements, tels qu'une redéfinition des emplois offerts, l'abandon de la rémunération par échelon pour une rémunération par compétence, la modification des façons de travailler au sein des équipes de travail, la reconfiguration de la structure hiérarchique et la réduction significative des postes cadres.

Kerfoot et Leclair (1991) mentionnent qu'il existe, selon eux, deux barrières à l'implantation d'une GPPC. D'une part, un manque d'information sur la philosophie rattachée à la GPPC et d'autre part une résistance philosophique qui s'installe chez les professionnels<sup>6</sup> qui ne sont pas en contact direct avec le patient.

---

<sup>5</sup> être centré sur le patient, inclure le patient dans les décisions le concernant

<sup>6</sup> Finance, Gestion des ressources humaines, etc.

Selon Bretton (2000), le principal problème rencontré lors de l'implantation du concept de GPPC dans les hôpitaux québécois semble être le choix des services et ressources qui seront décentralisés au sein des programmes, en veillant particulièrement à ne pas décentraliser les ressources rares. Il faut aussi regrouper, au sein des programmes, l'ensemble des collaborateurs qui ont l'habitude de donner des soins au même groupe de patients.

Certaines limites de la GPPC sont identifiées. Le problème de l'évaluation en est un car il n'existe pas d'évaluation rigoureuse des bénéfices quantifiables dans ce mode de gestion (Bretton, 2000). D'autres difficultés émergent telles la résistance au changement, la surcharge de travail du gestionnaire de programme, le manque de clarté dans le rôle du gestionnaire de programme, une décentralisation des décisions qui dans la pratique ne rejoignent pas le discours entendu<sup>7</sup>, l'effet de mode, le mode de rémunération des médecins, les coûts non anticipés, etc. (Bretton, 2000).

Malgré l'identification des limites citées précédemment, il semble que les hôpitaux visités soient convaincus, même sans évaluation formelle, que la GPPC apporte certains bénéfices tels que: des communications efficaces, une augmentation de l'entrepreneursip, un développement des interactions entre les acteurs de tous les niveaux, le rapprochement direction - intervenants – clientèle, la diminution du nombre d'intervenants entrant en contact avec le patient, etc. (Bretton, 2000).

---

<sup>7</sup> Certains gestionnaires de programmes et chef d'équipes considèrent que la décentralisation des prises de décision n'est pas, dans la pratique, très effective.

La section suivante fait état de l'impact des modifications apportées par la gestion par programme-clientèle sur l'effectif infirmier et le rôle de l'infirmière ainsi que sur la pratique professionnelle.

#### 2.4. Impact de la gestion par programme-clientèle sur la profession infirmière

Plusieurs écrits se sont intéressés à l'influence de ce mode de gestion sur les soins infirmiers. La plupart des écrits proviennent des États-Unis, quelques écrits émanent du Canada et aucun du Québec (D'Amour, 2003). Premièrement, l'impact de la restructuration modifie la structure organisationnelle et donc, l'encadrement de la pratique professionnelle. Deuxièmement, la reconfiguration des processus transforme la façon d'accomplir et de donner les soins, affectant le rôle de l'infirmière. Finalement, le redimensionnement de la main d'œuvre infirmière influence la qualité de la pratique professionnelle ainsi que les résultats de soins auprès de la clientèle. Cette section se penchera également sur les impacts de ce mode de restructuration et de réorganisation des soins sur la santé mentale au travail.

##### *2.4.1. Le redéploiement de la main d'œuvre et ses effets sur l'effectif infirmier et sa clientèle*

L'introduction de la GPPC semble être une importante stratégie de réduction des coûts (Blythe et al., 2001; Sovie & Jawad, 2001; White, 1997). Selon D'Amour (2003) cette volonté de diminuer les coûts passe inévitablement par une réduction du personnel infirmier car celui-ci accapare une large part du budget des hôpitaux. La réduction de la main d'œuvre a pris deux formes : la diminution du ratio infirmières autorisées/patients et l'introduction d'employés non professionnels (Aiken, Clarke &

Sloane, 2000; Laschinger, Sabiston, Finegan & Shamian, 2001; Norrish & Rundall, 2001; Sovie & Jawad, 2001). D'Amour (2003) mentionne que ces changements ont des effets importants sur les patients en terme de mortalité et de morbidité. En effet, l'étude de Aiken et al., (2002) a démontré l'existence d'un lien statistiquement significatif entre le ratio infirmières/patients et le risque de complications<sup>8</sup>. En ce sens, Sovie et Jawad (2001) démontrent qu'une majoration du nombre d'heures infirmière par patient par jour prédit un faible taux de chute, un meilleur contrôle de la douleur et une augmentation de la satisfaction des patients.

Un autre domaine affecté par le redéploiement de la main d'œuvre infirmière, selon D'Amour (2003), correspond à la qualité de la pratique professionnelle. En effet, les écrits recensés par cette auteure dévoilent que la qualité de la pratique professionnelle est affectée dans le cadre des restructurations par la réduction du ratio infirmières/patients et l'arrivée de nouveaux travailleurs moins qualifiés. Les infirmières vivent alors une surcharge de travail car en plus de s'acquitter de leurs tâches, elles passent beaucoup de temps à superviser ce personnel. De plus, selon Brannon (1996) de même que Buerhauss et Staiger (1996), il semblerait que la diminution du ratio infirmières/patients n'est pas une façon adéquate de soutenir ni la pratique professionnelle, ni la qualité des soins car les patients ont tendance à présenter des épisodes de soins plus aigus et complexes. Les recherches de Aiken, Clarke et Sloan (2000, 2002) confirment que les restructurations influencent de façon négative les organisations en terme de qualité de la pratique professionnelle.

---

<sup>8</sup> R : 1.07; 95% CI (1.02-1.11) P< 0.001

#### 2.4.2. La reconfiguration des processus et ses effets sur le rôle de l'infirmière

La gestion par programme-clientèle (GPPC) réclame une reconfiguration des processus de travail transformant ainsi l'organisation du travail. Les soins infirmiers passent, premièrement, à un mode de prestation des soins par équipe. Deuxièmement, ils évoluent d'une orientation centrée sur des objectifs de soins vers une orientation centrée sur les résultats de soins. Troisièmement, ils dépassent la collaboration médecin-infirmière pour s'ouvrir à une collaboration interdisciplinaire. Finalement, les tâches non-infirmières sont déléguées à des travailleurs polyvalents (*multiskilled*) qui réalisent une variété de tâches auparavant octroyées à l'infirmière. À ce sujet, D'Amour (2003) exprime que les écrits existants permette peu ou pas de savoir si la reconfiguration des soins permet aux infirmières de se consacrer à des interventions orientées vers les soins et ainsi se rapprocher du patient.

Cependant, une étude de type qualitative réalisée par Norrish (1999) citée dans Norrish et Rundall (2001), utilisant l'étude de cas multi-sites comme méthode, signale que les infirmières pratiquant au sein d'un hôpital en restructuration impliquant une réorganisation des méthodes de travail disent passer moins de temps auprès des patients dans les soins directs et plus de temps dans les activités indirectes telles que la planification et la coordination ainsi que dans les activités techniques. Dans ce contexte, les infirmières ressentent un sentiment de perte et d'insatisfaction en regard de leur rôle. Les infirmières expriment aussi que les soins donnés par d'autres personnes les éloignent, elles, de la relation infirmière/patient. Or cette



relation est essentielle à la quête d'accomplissement et à la construction identitaire des infirmières (Alderson, 2001).

Dans cette réorganisation du travail, il va sans dire que le rôle de l'infirmière se modifie et que ses responsabilités s'accroissent (Jenner, 1998). Dans une étude de cas menée par Jenner (1998), les infirmières relatent que ces changements dans le processus de travail entraînent une orientation sur la tâche plus que sur une approche globale du patient. A cela s'ajoute un niveau de stress accru relié à un accroissement des tâches et des responsabilités. Cette étude de cas tend à démontrer des déficiences dans la formation des infirmières qui ne sont pas suffisamment préparées à assumer ces nouvelles fonctions.

La section suivante fera état de quelques constats concernant l'impact de l'environnement de travail sur la santé mentale des infirmières.

## 2.5. La santé mentale et l'environnement du travail infirmier

Plusieurs études se sont intéressées à l'association entre l'environnement de travail et la santé mentale de divers groupes d'infirmières (Aiken & Patrician, 2000; Aiken & Sloane, 1997; Alderson, 2001; Bourbonnais, Comeau, Dion & Vézina 1997; Carpentier-Roy, 1995a; Duquette, Kérouac, Sandhu & Saulnier, 1995; Estryn-Béhar, 1997; Saulnier, 1993). Certaines autres ont observé le lien entre le manque de soutien au travail, le stress et l'épuisement (Morissette, 1993; Saulnier, 1993), ainsi que le manque de soutien et la détresse psychologique (Duquette et al., 1995). Certains

chercheurs se sont intéressés aux facteurs<sup>9</sup> de l'environnement psychosocial du travail en lien avec l'épuisement émotionnel (Bakker, Killmer, Siegrist & Shaufeli, 2000; Landsbergis, 1988) et avec la santé mentale (Bourbonnais et al., 1997; Estryn-Béhar, Kaminski, Peigne & al, 1990; Piko, 2003).

Le contexte de réorganisation des systèmes de santé des dernières années a eu des conséquences sur la santé mentale des infirmières (Aiken et al., 2001; Blythe et al., 2001; Bourbonnais et al., 1997; Bourbonnais et al., 2000; Cummings, 2003; Laschinger, Sabiston et al., 2001; Woodward et al., 1999). Deux études québécoises, ayant utilisé le modèle de la tension au travail de Karasek et Théorell (1990), ont mis en évidence les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail et leur impact sur la santé mentale des infirmières. Ces études ont été réalisées dans le cadre des transformations du réseau de la santé au Québec (Bourbonnais et al., 1997; Bourbonnais et al., 2000). Bien qu'elles n'aient pas été effectuées auprès d'infirmières gestionnaires, les résultats sont néanmoins intéressants en regard du phénomène étudié.

L'étude de Bourbonnais et al. (1997) a été réalisée auprès d'un échantillon de 2000 infirmières de la région de Québec. Les résultats rapportent une forte prévalence de la détresse psychologique (28,3% en 1994 et 31,5% en 1995), une augmentation de la prévalence de l'épuisement émotionnel (8% à 11%), ainsi qu'une

---

<sup>9</sup> La charge de travail, la latitude décisionnelle, le soutien social ainsi que la demande psychologique élevée.

augmentation de la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes (4,4% à 5,1%). Les absences certifiées reliées à l'environnement psychosocial du travail représentent un pourcentage de 59,8%; parmi ceux-ci, les diagnostics reliés à la santé mentale sont les plus nombreux, soit 22,1%. Les résultats de l'étude indiquent une association entre la tension au travail et la détresse psychologique combinées à l'épuisement émotionnel. Il ressort de cette recherche que le soutien social au travail ne modifie pas l'association entre la tension au travail, la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel ainsi que la consommation de médicaments psychotropes.

La deuxième étude de Bourbonnais et al. (2000) s'est déroulée de 1997 à 1999 auprès de 2006 infirmières à l'emploi de centres hospitaliers de courte durée, de centres hospitaliers de soins de longue durée et de centres locaux de services communautaires de la région de Québec. Selon cette étude, un nombre important d'infirmières ont vécu un niveau élevé de détresse psychologique et ont consommé des médicaments psychotropes. L'étude révèle aussi une augmentation de la durée des absences pour maladie certifiée, tous diagnostics confondus, ainsi qu'une élévation de la durée et de la fréquence des absences pour diagnostics de santé mentale. Un nombre élevé d'infirmières attestent avoir vécu, au cours des années 1997 et 1998, une augmentation de la charge de travail, une demande psychologique élevée, une moindre latitude décisionnelle, un faible niveau de récompense, ainsi qu'un faible soutien social de la part des collègues et des supérieurs et de nombreux conflits de rôle. Ces résultats illustrent l'effet sur la santé mentale des infirmières des divers changements organisationnels liés à la transformation du réseau de la santé.

### *2.5.1. L'impact de la restructuration des hôpitaux sur la santé mentale des infirmières*

Cummings (2003) a fait une vaste recension des écrits concernant l'impact de la restructuration des hôpitaux sur les infirmières. Cette étude a retenu notre attention car, dans sa recension, l'auteure a mis en lumière des études sur le mode de restructuration de la gestion par programme-clientèle. Les écrits sont recensés selon quatre grands thèmes<sup>10</sup>. Les résultats de cette recension ont été regroupés sous le thème « santé mentale » car nous considérons qu'ils ont un impact possible sur la santé mentale des infirmières. L'effet prédominant de la restructuration semble être une insatisfaction prononcée au travail. Cette insatisfaction entraîne une diminution de l'engagement envers l'organisation, ce qui a comme conséquence un désir plus grand de quitter l'emploi et une augmentation du taux de roulement. L'impact le plus fréquemment rapporté concernant la santé psychologique serait l'épuisement émotionnel, une composante de l'épuisement professionnel (Maslach, 1976). Ce résultat est suivi de près par une augmentation des absences au travail et des symptômes psychosomatiques. Les infirmières qui cumulent plusieurs années d'expérience consomment fréquemment des médicaments (Cummings, 2003). Ces résultats éclairent l'impact réel des effets encourus sur la santé et le bien-être des infirmières. Cette recension met également en lumière la modification du rôle et des responsabilités des infirmières à la suite de la restructuration. Les infirmières perçoivent une augmentation significative de leur charge de travail. Ce phénomène a

été confirmé par une étude qui a mesuré la charge de travail des infirmières (Baumann, Giovannetti et al., 2001). Les recherches reflètent le fait que les infirmières perçoivent une augmentation du nombre de patient et que l'état de ceux-ci soit davantage détérioré. Elles ressentent une diminution du contrôle sur leur pratique et du temps passé auprès des patients. De plus, elles reconnaissent qu'elles sont moins efficaces dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles. Globalement, la perception qu'ont les infirmières de l'augmentation de la charge de travail, de la diminution de la qualité et de la quantité de temps passé auprès des patients, peut expliquer l'insatisfaction au travail et l'épuisement émotionnel (Cummings, 2003). Les études recensées rapportent une perte de cohésion à l'intérieur des groupes de travail, après une période de restructuration, ainsi qu'une difficulté d'intégration à la nouvelle équipe (Cummings, 2003).

Cette recension démontre l'évidence des effets de la restructuration sur la santé et le bien-être du personnel infirmier. Il est à noter toutefois que seules des études canadiennes et américaines ont été recensées. Cependant, l'étude internationale de Aiken et al. (2001) démontre que plusieurs autres pays (l'Angleterre, l'Écosse et l'Allemagne) ayant vécu l'expérience de la restructuration des hôpitaux présentent des résultats similaires. En effet les résultats de Aiken et al. (2001) dévoilent une insatisfaction prononcée en regard du travail, un taux élevé d'épuisement professionnel et l'intention de quitter l'emploi dans la prochaine année. Tandis que la

---

<sup>10</sup> 1 L'impact sur la satisfaction au travail et avec la carrière; 2- L'impact sur la santé physique et psychologique; 3- l'impact sur le rôle et les soins aux patients; 4- l'effet sur la relation avec les

relation infirmière/médecin ne semble pas problématique, les problèmes les plus fréquemment rencontrés concernent des caractéristiques organisationnelles<sup>11</sup> (Aiken et al., 2001).

Une autre étude effectuée par Aiken et al., (2002) démontre l'effet de l'augmentation du nombre de patients par infirmière sur la satisfaction au travail et le *burn out* de celles-ci. En effet, cette étude illustre qu'un ratio infirmières\patients supérieur à 1:6 entraîne, par patient supplémentaire, une augmentation de 23% du risque de *burn out* et de 15% du risque d'insatisfaction au travail.

Une étude faite par Pillar et Jarjoura (1999) visait à évaluer dans le temps et dans différentes unités en voie d'implanter l'approche de gestion par programme-clientèle, la perception de l'autonomie et de l'autorité des infirmières dans leur travail, l'engagement à fournir des soins orientés vers le patient ainsi que la satisfaction envers les soins donnés. Les résultats n'indiquent pas de changement significatif sur l'autonomie de l'infirmière, la primauté accordée aux patients et leur satisfaction.

### 2.5.2. *Les études en psychodynamique du travail*

Les études précédentes concernant l'impact de l'environnement de travail et de la réorganisation sur la santé mentale des infirmières s'inscrivent, en partie, dans le

---

collègues.

paradigme positiviste du stress. Les études en psychodynamique du travail (PDT) s'inscrivent dans un tout autre paradigme, celui du paradigme compréhensif (Alderson, 2004a). Ce qui intéresse les chercheurs, dans ce paradigme, ce sont les significations données aux expériences de la vie. Dans le cas des études en PDT, c'est spécifiquement l'expérience subjective du vécu au travail qui intéresse les chercheurs (Alderson, 2004a). La PDT postule qu'il y a une relation entre la manière dont le travail est organisé et la santé mentale des travailleurs (Alderson, 2004b). L'éclairage complémentaire des approches sur le stress et de la PDT permet de mieux cerner les problèmes de santé mentale au travail et ainsi de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé mentale au travail (Alderson, 2004a). La section ci-après présente quelques études en PDT, réalisées au Québec, auprès d'infirmières de milieux différents. Ces études ont été accomplies au moyen de la méthode d'enquête propre à la PDT qui sera présentée dans les pages qui suivent.

La première recherche québécoise en PDT a été réalisée en 1990, dans le cadre d'une thèse doctorale (Carpentier-Roy, 1990). Les résultats de cette étude démontrent que l'organisation du travail telle que structurée véhicule des sources de souffrance. Les infirmières (huit groupes de cinq à seize infirmières) expriment le plus souvent un manque de reconnaissance envers leur savoir et leur savoir-être. L'absence de pouvoir réel sur les tâches qui leur incombent est aussi décriée. L'imaginaire féminin et l'empreinte des différenciations sexuelles apparaissent comme un élément

---

<sup>11</sup> Un manque de personnel infirmier, d'écoute et d'interventions de la part de l'administration face aux préoccupations des infirmières, l'absence de participation dans les prises de décision, le

explicatif important du rapport au plaisir et à la souffrance des infirmières (Carpentier-Roy, 1990).

Une étude réalisée par Lamontagne (1999) avait pour but de procéder à une analyse compréhensive de l'impact des changements organisationnels vécus par des infirmières en CLSC (n=13) à l'occasion de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec (Lamontagne, 1999). Les résultats de cette recherche présentent l'impact des changements organisationnels sur le bien-être qui se manifeste par des réactions émotionnelles (déception, insécurité, peur, sentiments de perte, etc.) et physiques (insomnie, ulcères d'estomac, épuisement, etc.). Au niveau professionnel, elles expriment un sentiment d'incompétence face à ces nouveaux changements. Les participantes affirment qu'il y a plus d'agressivité de la part des clients qui, eux aussi, vivent des changements par le biais du virage ambulatoire. La reconnaissance venant des gestionnaires s'avère importante mais ressentie comme non essentielle. La reconnaissance des pairs apparaît comme déficiente. Les résultats démontrent aussi que face à cette transition, les infirmières développent des stratégies individuelles et collectives de défense pour contrer les insatisfactions vécues.

La recherche d'Alderson (2001), réalisée dans le cadre d'une thèse doctorale en sciences infirmières, a investigué l'expérience subjective de travail en termes de plaisir et de souffrance auprès d'infirmières (n=33) oeuvrant en unités de soins de longue durée. Il ressort des résultats que les infirmières vivent un accroissement de

---

manque de reconnaissance, etc..



responsabilités sans pour autant se voir offrir suffisamment de reconnaissance, de pouvoir réel sur l'acte et d'autonomie dans l'exécution. Le manque de reconnaissance vient de la hiérarchie, des autres professionnels de la santé et des pairs. Les relations de travail sont fragilisées par un manque de confiance. Ce manque de confiance est un obstacle à davantage de plaisir qu'elles pourraient vivre au travail et à la création de collectifs de travail. L'étude démontre aussi une organisation du travail qui brime la construction identitaire surtout en regard du mode de prestation des soins qui s'accompagne sur le terrain d'une définition des rôles et des tâches ambiguës. La charge de travail est aussi dénoncée comme une blessure identitaire car elle prive les infirmières de la satisfaction du travail bien fait. Un résultat intéressant de cette étude établit que la relation d'aide et d'accompagnement avec le patient et la famille constitue une source de valorisation professionnelle et de plaisir au travail. L'investissement dans cette relation permet de contrer les souffrances reliées à l'organisation du travail.

Tout comme pour le personnel infirmier, il est possible que les restructurations entraînées par l'arrivée des nouveaux modes de gestion, tel la gestion par programme, aient aussi un effet important sur le rôle et la santé des infirmières gestionnaires. C'est ce que la section suivante investiguera.

## 2.6. L'influence de la gestion par programmes-clientèle sur les infirmières gestionnaires

La gestion par programme-clientèle (GPPC) appelle une modification de la structure par une décentralisation de celle-ci. D'un mode traditionnel de gestion par

unité de soins, il y a passage au mode de gestion par programme (*product-line management*) (Clifford, 1998; D'Amour, 2003; Litwin, Beauchesne & Rabinowitz, 1997; Miller, Galloway, Coughlin & Brennan, 2001). Ce changement de paradigme implique des transformations de la gestion des soins infirmiers et demande l'acquisition de nouvelles habiletés de gestion pour les infirmières gestionnaires (Johnston & Herman, 1995; Mark, 1994; Miller, 1999). De plus, la décentralisation de la structure a pour conséquence une diminution de postes d'infirmières chefs d'unités qui sont remplacées par des gestionnaires de programme-clientèle qui peuvent ou non être des infirmières (Baumann, O'Brien-Pallas et al., 2001; Clifford, 1998; Johnston & Herman, 1995; Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002). Ceci n'est pas sans effet sur le rôle des infirmières-chefs d'unités devenues gestionnaires de programme-clientèle.

#### *2.6.1. L'influence de la gestion par programme-clientèle sur le rôle des directions de soins infirmiers et des infirmières gestionnaires*

L'avènement de la gestion par programme-clientèle (GPPC) a eu un impact majeur sur la place qu'occupe la direction des soins infirmiers et le rôle de la directrice des soins infirmiers dans l'organisation. Effectivement, le modèle théorique de la GPPC suggère une position conseil à la fonction de directrice des soins. Cette position conseil s'accompagne dans les faits d'une perte de pouvoir décisionnel sur la prestation et l'attribution des services en soins infirmiers (Parker Shannon, 2002). Par contre, au Québec, la loi sur les services de santé et services sociaux maintient le poste de directrice des soins infirmiers avec le mandat d'établir des normes qualitatives et quantitatives de l'effectif infirmier, du remplacement du personnel et

du contrôle de la qualité des soins prodigués. Les directions de soins infirmiers devenues directions conseils n'ont, en réalité, aucun pouvoir décisionnel sur l'attribution des ressources requises par les programmes (Parker Shannon, 2002). Cette décision revient, en fait, au gestionnaire de programme qui, comme nous l'avons déjà dit, peut ou non être une infirmier(ère) (Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002). Cette situation entraîne un paradoxe pour la direction des soins infirmiers qui ne trouve pas de point de référence lui permettant de s'adapter à ce nouveau paradigme.

Une étude réalisée par Clifford (1998) auprès de trois hôpitaux ayant effectué des changements organisationnels, tel que l'implantation d'une GPPC, constate que le rôle des directeurs(trices) des soins infirmiers doit se maintenir en équilibre entre deux responsabilités. D'une part, son rôle est de faire partie de l'équipe de gestion mais d'autre part, d'être le chef des professionnels en soins infirmiers et donc de promouvoir la pratique professionnelle des soins infirmiers au sein de l'organisation. Ces deux rôles peuvent être sources de conflits pour les directeurs(trices) de soins infirmiers. D'une part, ces derniers(ères) détiennent un poste cadre supérieur, ils/elles doivent donc aider l'organisation à rencontrer ses objectifs stratégiques qui sont souvent orientés vers des préoccupations financières et, d'autre part, comme membre de la profession infirmière, ils/elles doivent faire preuve de *leadership* clinique et aider l'organisation à offrir des soins de qualité à sa clientèle. En tant que membres de l'équipe de direction, il peut arriver dans ces conditions que la pression devienne forte pour ces directeurs, directrices et qu'ils doivent donc en priorité prendre des décisions en tenant compte des restrictions budgétaires, au détriment de l'engagement

envers la profession infirmière (Clifford, 1998). D'autres auteurs ont révélé cette source possible de conflits et de dilemmes éthiques pour les directeurs(trices) responsables de soins cliniques, dont entre autres ceux des soins infirmiers (Brueckner, 1978; Burgoyne & Lorbieckie, 1993).

L'analyse du rôle des directions de soins infirmiers, en contexte de restructuration, soulève les préoccupations suivantes : 1) les infirmières s'inquiètent de la visibilité des soins infirmiers en tant que discipline parce qu'elle est moins présente au niveau des instances décisionnelles, 2) l'abolition des services infirmiers en tant que département central des opérations cliniques constitue le changement le plus important et entraîne des modifications majeures dans la gestion des soins infirmiers, 3) la directrice des soins infirmiers assume une position conseil et non plus hiérarchique (Clifford, 1998). Des auteurs indiquent qu'il faut porter attention à une possible démobilisation du personnel infirmier, advenant le passage de la direction des soins infirmiers à une position conseil (Bretton, 2000; Litwin et al., 1997).

Coughlin (2001) soutient qu'indépendamment de la structure implantée, le rôle de la directrice des soins dans la gouverne d'un centre hospitalier demeure primordial. Ce rôle est d'importance car il permet que l'on veille à la qualité de la pratique professionnelle, de la gouverne des soins infirmiers et de l'intégrité des soins infirmiers.

Le rôle de l'infirmière gestionnaire (chef d'unité de soins ) a considérablement changé depuis la dernière décennie (Boeglin, 1996; Ingersoll et al., 1999; Miller,

1999; Redman & Jones, 1998). Auparavant, l'infirmière obtenait un poste de gestionnaire à cause de son expertise clinique. Sa formation était centrée sur les soins aux patients (Kalo & Jutte, 1996). Présentement, les infirmières gestionnaires doivent acquérir de nouvelles habiletés administratives et de leadership (Gelinias & Manthey, 1997; Johnston & Herman, 1995; Kalo & Jutte, 1996; Mark, 1994). D'une gestion traditionnelle avec une unité de soins dans un mode hiérarchique vertical, elles doivent apprendre à être des gestionnaires dans un mode horizontal, décentralisé, avec plusieurs unités et/ou programmes à gérer (Kerfoot, 1993). Selon Miller (1999), le rôle passe de gestionnaire d'un groupe d'infirmières à celui de leader d'une équipe interdisciplinaire. Ce même auteur considère que l'infirmière gestionnaire joue un rôle important pour améliorer la coordination dans l'équipe. Le rôle de l'infirmière gestionnaire s'élargit et ses responsabilités s'accroissent (Ingersoll et al., 1999; Miller, 1999; Redman & Jones, 1998). Selon Bretton (2000), le rôle attendu du gestionnaire de programme-clientèle regroupe la gestion des opérations cliniques et administratives, la gestion des ressources humaines non médicales ainsi que la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles tout en tenant compte des besoins et des orientations de l'hôpital et de la planification annuelle du programme. Les principales responsabilités de l'infirmière gestionnaire peuvent être regroupées selon les résultats désirés, soit la qualité des soins et le contrôle des coûts; la compétence et l'efficacité du personnel infirmier, la satisfaction des patients et des familles, la satisfaction des médecins et la satisfaction des employés incluant l'administration (Sovie, 1994). Kalo et al. (1996), ajoutent la qualité de vie au travail comme une responsabilité importante. Miller (1999) mentionne que les infirmières gestionnaires, dans une GPPC, doivent être des facilitateurs, des *coachs*.

## 2.7 La santé et l'environnement de travail des infirmières gestionnaires

Il est reconnu que les multiples réorganisations des hôpitaux ont eu des effets néfastes chez les cadres (Allcorn, Baum, Diamond & Stein, 1996; Ingersoll et al., 1999; Rouleau, 1999).

Une étude utilisant une approche psychanalytique organisationnelle, auprès de cadres de tous niveaux d'un hôpital en voie de redéploiement de la main d'oeuvre et de réorganisation, démontre que les cadres deviennent très déprimés, anxieux, paranoïaques et qu'ils se sentent persécutés (Allcorn et al., 1996). Les auteurs de l'étude les comparent à des survivants de l'holocauste. Les réorganisations ont un impact sur la pratique du cadre (Rouleau, 1999). Cette modification de la pratique a un effet sur l'identité professionnelle de ce cadre, lequel vit un malaise identitaire. Ce malaise identitaire est occasionné par quatre dimensions touchées par les réorganisations : une position intermédiaire qui devient plus floue, une communication déficiente avec la haute direction, une déstructuration des réseaux sociaux de travail entravant l'efficacité au quotidien et une attitude ambivalente envers la carrière. L'auteure fait remarquer que, malgré les difficultés rencontrées par les gestionnaires intermédiaires, ils arrivent à vivre un renouvellement identitaire par la mise en action de nouvelles stratégies de reconnaissance.

Les infirmières gestionnaires travaillent sous pression constante pour rencontrer les objectifs et résoudre les problèmes dans un système de santé en perpétuel changement (Ingersoll et al., 1999; Judkins & Ingram, 2002; Lindlhom, Dejin-

Karlsson, Östergren & Udén, 2003; Redman & Jones, 1998). Une étude de type quantitatif descriptif (Brown et al., 1999) déterminant les facteurs psychosociaux de stress au travail parmi des employés (n=654) de différents niveaux hiérarchiques d'un hôpital, démontre qu'une demande psychologique élevée est associée à un plus haut niveau de stress chez les cadres<sup>12</sup> que les autres catégories d'employés. Les cadres qui expérimentent une faible latitude décisionnelle au travail, éprouvent une augmentation du stress au travail qui s'explique par la nécessité d'agir sans avoir la latitude pour prendre des décisions; cette situation engendre une situation stressante pour les cadres. Il ressort également de cette étude que le soutien des collègues est source de satisfaction au travail (Brown et al., 1999).

Une récente étude quantitative descriptive faite auprès de 205 infirmières et infirmiers gestionnaires en Suède, révèle que les participants(es) exposés à un environnement de travail comportant une demande psychologique élevée ont plus de chance de rapporter une évaluation de leur état de santé précaire sans égard au niveau de ressources psychosociales disponibles (Lindlhom et al., 2003). L'étude révèle aussi que ceux qui se sentent peu soutenus au travail sont plus à risque de vivre des absences dues à la maladie. Inversement, ceux et celles qui reçoivent du soutien s'absentent beaucoup moins. Dans cette étude, les deux tiers des gestionnaires ne considèrent pas que leur affiliation à un réseau professionnel les aide de façon significative dans leur travail. Par contre, cette étude ne permet pas de savoir de façon précise quels facteurs de l'environnement de travail contribuent au fait que les

---

<sup>12</sup> 27% des cadres étaient des infirmières gestionnaires

infirmières gestionnaires perçoivent leur état de santé comme déficient. À ce sujet, les auteurs recommandent d'effectuer des études qualitatives pour mieux cerner ces facteurs.

Plus récemment, une étude publiée par Mayrand-Leclerc, Viens, Lavoie-Tremblay et Brabant (2005) s'est intéressé à l'environnement psychosocial de travail des gestionnaires infirmiers (chef d'une ou plusieurs unités de soins) (n=16) d'un centre hospitalier de la Montérégie au Québec. Il est à noter que ces cadres infirmiers n'évoluaient pas nécessairement au sein d'un mode de GPPC. Les gestionnaires infirmiers ont dû se prononcer via un questionnaire, sur huit dimensions de l'environnement psychosocial<sup>13</sup> de travail servant de toile de fond à 50 stratégies pouvant optimiser leur environnement psychosocial de travail. De ces 50 stratégies, huit ont été identifiées comme prioritaires. Ainsi trois stratégies visaient la dimension de l'esthétique au travail (rigueur et imputabilité des services auxiliaires/soutien, accès à une imprimante dans le bureau, outils informatisés), deux autres stratégies étaient liées à la reconnaissance (équité salariale, rémunération proportionnelle aux heures travaillées), deux stratégies étaient en lien avec la demande psychologique du travail (aide d'un technicien administratif, révision du rôle des assistants infirmiers-chefs), la dernière stratégie visait la latitude décisionnelle (horaire de travail flexible). Pour ces auteurs, optimiser l'environnement de travail des gestionnaires infirmiers

---

<sup>13</sup> Les dimension sont : la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social, la reconnaissance, la prévisibilité, le sens du travail, le rapport à la clientèle.



nécessite d'apporter des changements aux dimensions psychosociales du travail ci-haut nommées.

Une étude de Laschinger, Almost, Purdy et Kim (2004) avait pour but de mesurer les facteurs de l'environnement de travail qui affectent la santé et le travail des chefs d'unité de soins en utilisant sept instruments différents dont un dérivé de la théorie de Kanter sur l'empowerment organisationnel (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) et un autre utilisant l'échelle de Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Les questionnaires sont envoyés à 500 gestionnaires infirmiers de deux groupes (chefs d'unité de soins et directeurs) de CHSGS d'un registre provincial canadien. Ils obtiennent un taux de réponse de 62%. Les résultats démontrent clairement que les gestionnaires expriment des taux élevés d'épuisement professionnel (taux d'épuisement émotionnel > 3.0) et un taux relativement bas du niveau d'énergie. Malgré ces résultats étonnants, les gestionnaires infirmiers rapportent une bonne santé physique et mentale (faible fréquence de symptômes physiques et dépressifs).

Deux études (Ingersoll et al., 1999; Redman & Jones, 1998) se sont intéressées à l'expérience vécue des gestionnaires dans une structure par programme-clientèle (GPPC). Elles ont été réalisées entre six mois et un an après l'implantation du modèle de GPPC. Les caractéristiques de l'expérience du travail révélées par ces deux études peuvent porter à conséquence pour la santé mentale des infirmières gestionnaires oeuvrant dans le cadre d'une gestion par programme clientèle.

Suite à l'implantation de la GPPC, Ingersoll et al. (1999), mentionnent que les participantes se sentent isolées et frustrées, prises entre la haute direction qui veut ce changement et les employés qui veulent retourner à l'ancienne façon de faire. Elles deviennent le point central de toutes les demandes conflictuelles. Les auteurs de cette étude rapportent qu'au-delà des changements reliés au rôle, il existe une grande ambiguïté et de la confusion liées à ce dernier. Les infirmières gestionnaires disent ressentir une diminution de l'estime de soi car leurs habiletés de gestion antérieures ne sont plus efficaces. Ce manque d'habiletés de gestion pour faire face à ce nouveau changement entraîne une perte de crédibilité et un besoin de rétablir la confiance avec le personnel. Elles ressentent un manque de pouvoir, de latitude décisionnelle et un manque d'implication dans les prises de décisions concernant les changements. Elles ont de la difficulté à concilier leur rôle d'avocate des patients et du personnel ainsi que d'agent de changement. Les données révèlent une importante tension vécue. La confusion reliée aux rôles peut s'expliquer par le fait que la collecte des données ait eu lieu peu de temps après l'implantation du mode de gestion par programme clientèle.

Redman et Jones (1998) ont également évalué les effets de l'implantation de la GPPC chez des infirmières gestionnaires. Ils ont observé une augmentation des responsabilités liées à l'accroissement du personnel et de sa diversité et cela, sans augmentation des ressources d'aide; ce fait représente un important défi pour elles. Les nouveaux employés non-professionnels ont induit un plus haut taux de roulement de personnel. Ce fait entraîne un stress plus élevé chez les gestionnaires. Finalement, les infirmières gestionnaires affirment que leur rôle est de faire le lien entre

l'administration et le personnel. Elles ressentent une grande pression quant à la réussite de l'implantation des équipes de soins dans les unités et expriment un manque de soutien face aux problèmes quotidiens qu'elles rencontrent. Redman et Jones (1998) démontrent que les infirmières gestionnaires oeuvrant dans le cadre d'une GPPC vivent plusieurs changements au niveau de leurs responsabilités, lesquelles sont directement liées à l'implantation de ce nouveau modèle de gestion. Par contre, les entrevues structurées laissent peu de place à la parole spontanée des participantes, parole qui pourrait enrichir davantage l'analyse des données.

## 2.8 Conclusion

Il se dégage de cette recension que les résultats tels l'amélioration de la qualité des soins, la diminution des coûts, la satisfaction du personnel et l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire concernant l'implantation de la gestion par programme-clientèle sont mitigés ou ne se sont pas concrétisés. Les milieux évalués ont implanté et effectué de façon différente les principes de la gestion par programme-clientèle. Les variables ainsi que les méthodes diffèrent. Il ressort également que l'implantation de la GPPC a un impact sur la profession infirmière. Le redéploiement de sa main d'œuvre touche la qualité des soins offerts aux patients. L'encadrement ainsi que la qualité de la pratique professionnelle infirmière sont affectés par la restructuration et la réorganisation engendrée par la GPPC. De plus, certaines études démontrent l'impact potentiel de la réorganisation incluant la GPPC sur la santé mentale des employés et des infirmières. Il y a cependant peu d'études évaluant l'impact de la GPPC sur l'équilibre psychologique et le maintien de la santé mentale des infirmières gestionnaires. Quelques études nous éclairent sur des facteurs

susceptibles d'être source de stress dans cette organisation du travail et pouvant avoir un impact sur la santé mentale. Cependant ces études ne nous permettent pas de comprendre, d'une part, le processus dynamique entre les infirmières gestionnaires-en quête d'accomplissement et de construction identitaire - et une organisation du travail déterminée en dehors de leur volonté et, d'autre part, les mécanismes déployés par ces dernières pour maintenir leur équilibre psychique et ainsi leur santé mentale. L'étude projetée fera également écho à la demande de Lindlhom, Dejin-Karlsson, Östergren et Udén (2003) qui suggèrent qu'il y ait davantage d'études qualitatives afin de mieux comprendre les facteurs de l'environnement de travail qui contribuent à la perception qu'ont les infirmières gestionnaires d'un état de santé précaire. Il s'avère effectivement important de mieux comprendre l'impact chez les infirmières gestionnaires de programme de la réorganisation du travail privilégiant une gestion par programme-clientèle afin de contrer la pénurie annoncée et assurer la relève. Mieux comprendre ce qu'elles vivent dans cette organisation du travail ainsi que son impact sur la santé mentale au travail peut nous permettre de relever ces défis et d'assurer ainsi un renouveau de la gestion des soins infirmiers par une meilleure compréhension du vécu au travail et des défis auxquels font face les infirmières gestionnaires oeuvrant dans le cadre d'une approche par programme-clientèle.

## 2.9 Cadre de référence

Ce chapitre rend compte de l'évolution théorique de la psychodynamique du travail (PDT), de son objet d'étude et de ses principaux concepts.

### *2.9.1. Évolution théorique de la psychodynamique du travail*

La psychopathologie du travail des années '70, s'inscrit dans le courant des études menées par des psychiatres et chercheurs français (L. Le Guillant, C. Veil, P. Sivadon, A. Fernandez-Zoïla, et J. Bégoïn) qui voulaient mettre en évidence les liens entre le travail et la maladie mentale (Carpentier-Roy, 2000). Les écrits concernant la psychopathologie se rapportaient à un modèle causaliste, affirmant que les contraintes liées au travail pouvaient occasionner des maladies psychopathologiques (Dejours, 2000a). Le travail (entre autres, le travail industriel) est perçu comme un « malheur socialement généré et délétère pour la santé mentale des travailleurs » (Dejours, 2000a, p.205). Les travaux réalisés par Dejours permirent d'aller au-delà de ce modèle causaliste car, comme il le dit lui-même : « En regard de l'organisation du travail, nous proposons une analyse qui s'écarterait sensiblement du modèle psychopathologique causaliste » (Dejours, 2000a, p.205-206). Les travaux mis au jour révélaient que les humains ne sont pas passifs devant les contraintes organisationnelles. Ils cherchent à se protéger des effets nuisibles de ces dernières par la construction de stratégies défensives individuelles et collectives (Dejours, 2000a). A partir de ce moment, les recherches en psychopathologie du travail ne focalisent plus leur attention sur la maladie mentale mais sur la souffrance et les défenses contre la souffrance (Carpentier-Roy, 2000). En reconnaissant les stratégies défensives comme défense contre la souffrance, la normalité devient le point central de l'investigation (Dejours, 2000a). Comme le dit Carpentier-Roy (2000) : « De manière claire, l'approche n'est plus centrée sur la pathologie, mais sur la « normalité » des

attitudes et conduites humaines au travail malgré des conditions de travail et des organisations du travail pathogènes » (p. 23).

Ce passage de la pathologie à la normalité amène Dejours (2000a) à proposer une nouvelle appellation, soit celle de la psychodynamique du travail.

### *2.9.2. La psychodynamique du travail et son objet*

Dejours et Abdoucheli (1990) définissent l'objet de la PDT comme suit : « l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (p. 127). L'analyse se veut dynamique car elle investigate les conflits qui surgissent entre un sujet, porteur de sa propre histoire, et une situation de travail dont les caractéristiques sont établies en dehors de sa volonté (Dejours & Abdoucheli, 1990). La PDT est une approche compréhensive et d'inspiration phénoménologique. Elle a pour objet l'analyse du plaisir et de la souffrance vécus au travail ainsi que des stratégies défensives développées par le sujet lors de sa rencontre avec une organisation du travail. Cette dernière peut s'avérer structurante ou contraignante ce qui lui permet, ou non, de s'accomplir et de construire son identité. La PDT cherche à comprendre les relations qui existent entre une organisation du travail et la santé mentale, en analysant les processus intersubjectifs qui sont à l'œuvre dans les situations de travail (Carpentier-Roy, 1994), et qui se jouent à travers les rapports sociaux de travail. C'est par une approche interdisciplinaire que la PDT interprète et cherche à comprendre les situations de travail et les rapports complexes que les individus entretiennent avec leur travail (Alderson, 2001).

### *2.9.3. La psychodynamique du travail : une épistémologie de terrain, dérivée des sciences humaines*

Le champ d'analyse de la psychodynamique du travail (PDT) découle d'une « épistémologie de terrain » (Dejours, 2000a). La conceptualisation et la théorisation prennent naissance dans le vécu pratique du travail (Trudel, 2000); elles relèvent ainsi d'une approche inductive.

La PDT « révèle une réalité par le processus de l'interprétation de la parole » (Dejours, 2000a, P. 237). Cette interprétation de la parole donne priorité à la compréhension (Fernandez-Zoïla, 1999). C'est à ce titre qu'elle s'élève à l'enseigne de l'épistémologie des sciences humaines (historico-herméneutiques) (Dejours, 2000a). Elle prend place dans le paradigme constructiviste et dans la tradition de la sociologie compréhensive de Dilthey et de la théorie critique de Habermas (Dejours, 2000a). Les sciences humaines considèrent que la réalité est relative, liée à l'histoire, à l'état des préoccupations sociales et à l'état des connaissances (Mucchielli, 1991). L'herméneutique est considérée comme l'art de comprendre (Fernandez-Zoïla, 1999). Donc, la PDT s'inspire des sciences herméneutiques pour tenter de comprendre ce qui pousse l'individu à l'action au travail. Pour comprendre ce qui anime l'individu au travail, la PDT interprète la « parole » collective des travailleurs face au vécu du travail (Trudel, 2000).

Les recherches faites à partir du terrain, c'est-à-dire de la clinique du travail, permirent de faire émerger des concepts et une théorisation qui se sont enrichis au

contact des référents théoriques d'autres champ disciplinaires, tel la sociologie, l'ergonomie, la psychanalyse, la psychiatrie, etc. (Carpentier-Roy, 1995a).

#### *2.9.4. Les principaux concepts à la base de la psychodynamique du travail*

##### 2.9.4.1. Le sujet au cœur de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail (PDT) définit l'être humain comme un sujet en action dont la qualité de vie psychique au travail est liée aux groupes et à ses conditions d'existence, ce qui l'amène à interpeller directement l'organisation du travail (Chanlat, 1990). La PDT contient à sa base l'idée que le plaisir et la souffrance au travail prennent leur origine dans un rapport à l'inconscient (Dejours, 2000a). C'est dans cet espace entre conscient et inconscient que se jouent les rapports de plaisir, de souffrance, de désir et donc de santé mentale au travail (Dejours, 2000a). Les travailleurs ne sont pas toujours conscients des rapports qui se jouent au travail, car une partie du plaisir et de la souffrance échappe à leur conscience (Carpentier-Roy, 1995a). C'est à travers ces plages (conscientes et inconscientes) que l'investigation en PDT explore le rapport au plaisir et à la souffrance vécus dans des rapports subjectifs et intersubjectifs de travail (Carpentier-Roy, 1992). La PDT se sert de la psychanalyse pour comprendre la part inconsciente de subjectivité qui anime l'individu au travail. Le courant des sciences humaines que l'on associe à la théorie du sujet a le souci de « réintroduire le sujet singulier dans l'histoire des rapports sociaux et de faire une analyse qui ne serait pas expurgée du sujet producteur de signification » (Carpentier-Roy, 1995a, p.37-38). Cette théorie fait référence à la totalité de l'être conscient et inconscient. Elle soumet une conception de la connaissance où place est faite aux sujets qui construisent leur univers social et qui



sont également construits par ce dernier (Carpentier-Roy, 1995a). Carpentier-Roy perçoit le travailleur dans une dialectique acteur-sujet (Carpentier-Roy, 1995b). Ceci revient à dire que sur les lieux du travail, le travailleur est à la fois un acteur déterminé ayant un rôle à jouer et une fonction à remplir ainsi qu'un sujet libre, un être de désirs, qui veut penser et agir librement au travail (Carpentier-Roy, 2001). La PDT « donne à l'acteur, la chance d'être lui même en tant que sujet, c'est-à-dire, un être agi par l'organisation du travail donnée, mais agissant aussi sur les rapports de travail qu'elle structure » (Carpentier-Roy, 1995b, p. 14). Elle reconnaît donc au sujet :

« sa place de témoin privilégié de sa situation de travail à partir de laquelle il peut **penser** son rapport au travail, en trouver le sens, mais aussi **agir** sur cette réalité pour la rendre la plus conforme possible à ses besoins, à ses désirs et donc opérante dans la construction de son identité au travail » (Carpentier-Roy, 1995b, p. 14).

#### 2.9.4.2. Le travail réel et prescrit

Le travail en psychodynamique du travail (PDT) est défini en ces termes : « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail » (Davezies, 1991, cité par Dejours, 2000a, p. 216). Cette définition met en jeu deux dimensions du travail : d'une part, le travail de production d'un bien ou service ne se limite pas à l'exécution de tâches prescrites et, d'autre part, la dimension humaine du travail transmise par l'intervention et l'ajustement de la personne à la prescription du travail. Comme l'indique Dejours (2000a) : « Le travail est par définition humain puisqu'il est convoqué là où

précisément l'ordre technologique machinal est insuffisant » (p. 217). La PDT aborde le travail comme activité humaine, une activité investie par la subjectivité de celui qui le réalise (Carpentier-Roy, 2001). Le travail demande à celui qui le fait, d'être tout entier investi dans ce dernier. Il constitue une « activité subjectivante » (Dejours, 1995b) en ce sens que les activités de travail résultent nécessairement de la transformation subjective par le travailleur et ne se réduisent pas seulement à ce qui s'objective ou se voit dans les actes ou les modes opératoires (Dejours, 1995b). L'essentiel du travail est invisible. La production d'un bien ou d'un service n'est que la part visible de la mobilisation subjective du travailleur (Dejours, 2000b).

L'analyse psychodynamique de l'organisation du travail révèle le décalage entre le travail prescrit (organisation du travail prévue dans la description des tâches) et le travail réel (manipulation des tâches par le travailleur pour répondre aux contraintes du travail) (Davezies, 1993; Dejours, 2000a). L'organisation réelle du travail n'est jamais l'organisation prescrite puisqu'il est impossible de tout prévoir et maîtriser dans le travail. Ajuster le travail prescrit à la réalité du terrain exige de la part du travailleur la mise en jeu de son savoir-faire (Maranda, 1998) et de son intelligence pratique (Davezies, 1993; Dejours, 1995b, 2000a; Vézina 1999). Cette intelligence se mobilise pour faire face à l'imprévu, en vue de rendre l'organisation du travail davantage conforme aux exigences de la production mais aussi aux aspirations et désirs des travailleurs.

Cet écart entre le travail prescrit et le travail réel peut être source de plaisir et de santé ou source de souffrance mentale (Carpentier-Roy, 1995a; Davezies, 1993;

Dejours, 2000a; Vézina, 2000) selon que l'organisation laisse ou non la possibilité aux travailleurs d'investir ce décalage et de trouver par leur inventivité, créativité et intelligence pratique, les solutions aux problèmes rencontrés dans le travail. Ainsi, une direction qui offre des marges de liberté créatrices dans l'élaboration de nouvelles règles qui soient plus satisfaisantes, favorise une organisation du travail plus structurante pour l'identité. Au contraire, si l'écart entre le prescrit et le réel est non négociable, comme c'est le cas des organisations rigides du travail où toute forme de créativité est perçue comme signe de délinquance ou d'incompétence, cela vient brimer la construction de l'identité et menacer l'équilibre psychique des travailleurs (Vézina, 1996; Vézina 1999). Une organisation rigide constitue une source de tension car elle nie la variabilité individuelle et la subjectivité dans l'activité de travail (Vézina 1999).

#### 2.9.4.3. Souffrance et plaisir au travail.

La souffrance et le plaisir au travail sont deux concepts centraux de la psychodynamique du travail (PDT) (Alderson, 2004b). Carpentier-Roy (1990) mentionne que plaisir et souffrance ne s'excluent pas mutuellement; ils se côtoient et même parfois dans des rapports très étriqués que seule l'analyse de terrain peut clarifier.

La souffrance psychique est un concept propre à la PDT (Carpentier-Roy, 1995a). Elle se retrouve dans un espace compris entre la santé et la maladie (Carpentier-Roy, 1990) « entre le confort et le bien-être psychique (...) et la maladie mentale » (Dejours, 1987, p. 735). Elle est définie comme un état de lutte que vivent les

travailleurs pour rester dans la normalité et éviter de sombrer dans la maladie (Dejours & Abdoucheli, 1990). Une organisation du travail qui laisse peu de liberté ou ne permet guère l'intervention du travailleur au regard de la tâche prescrite, afin de la rendre congruente à son désir, ouvre sur la souffrance et la lutte contre la souffrance. La souffrance n'est pas directement observable; elle doit donc être décodée à travers la parole, le discours et le vécu subjectif des travailleurs (Carpentier-Roy, 1995a).

Selon Dejours (1980), le plaisir est un principe économique servant de régulateur au fonctionnement psychique. L'auteur démontre que le plaisir au travail résulte de la décharge d'énergie psychique rendue possible par l'espace de liberté dont jouit le travailleur. L'argumentation à la base de ce raisonnement est la suivante : « dans toute activité, le travailleur est soumis à des excitations endogènes et exogènes qui génèrent une tension psychique inévitable et pour laquelle il doit exister des voies de décharge » (Carpentier-Roy, 1990, p. 52). Si le travail diminue la charge psychique en permettant au travailleur d'ajuster l'organisation du travail en fonction des problèmes rencontrés et de ses désirs, alors le travail est équilibrant et donne accès au plaisir. A contrario, c'est la souffrance qui s'installe. Autrement dit, le plaisir au travail est un état de bien-être psychique de l'individu lorsque son travail lui permet de satisfaire ses désirs de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir (Carpentier-Roy, 1990).

#### 2.9.4.4. La charge psychique du travail

Les rapports de l'homme au travail renvoient à trois dimensions de la charge de travail soit la charge physique<sup>14</sup>, la charge mentale<sup>15</sup> et la charge psychique, laquelle concerne spécifiquement les éléments relationnels ainsi que la participation affective de l'homme à son travail (Carpentier-Roy, 1990; Dejours, 1980). La psychodynamique du travail (PDT) s'intéresse aux rapports entre l'organisation du travail et le travailleur en tant que sujet de désirs. C'est donc de la charge psychique au travail et de ses effets dont il est question en PDT (Carpentier-Roy, 1990). La problématique entre le travail et l'appareil psychique peut se résumer par la question suivante : la tâche à laquelle est affecté un travailleur offre-t-elle un exutoire convenable à son énergie psychique? En regard de la charge psychique, le principal danger pour le travailleur est une sous-utilisation de ses compétences, de ses habiletés, de son expertise, en d'autres mots, de ses aptitudes psychiques (Dejours, 1980). La charge psychique du travail augmente lorsque l'organisation du travail laisse peu de liberté à l'inventivité, la créativité et la singularité de l'individu. Une organisation du travail agencée de façon rigide ne permet pas la décharge de cette énergie psychique qui s'accumule dès lors, sous forme de tension créant ainsi du déplaisir, allant même jusqu'à l'apparition de troubles somatiques et psychiques (Dejours, 1980). Au contraire, si cet espace de liberté existe et permet la décharge d'énergie psychique, le travail devient une source d'équilibre psychique.

---

<sup>14</sup> La charge physique de travail est l'objet d'étude de l'ergonomie.

#### 2.9.4.5. L'identité au travail

En PDT, la problématique de la santé mentale au travail est appréhendée par le biais de l'identité (Carpentier-Roy, 1995c) car l'identité est le noyau central, l'armature de la santé mentale (Dejours, 1995a, 2000a). Selon Davezies (1993), la quête d'identité pose le défi auquel est confronté tout être humain, de trouver à ses pulsions une issue conciliable avec son insertion sociale et à travers laquelle il puisse construire sa propre histoire. Tout individu a besoin d'apporter sa contribution à la construction d'une œuvre commune ou à la création sociale (Vézina, 2000). L'identité donne sa singularité à l'individu, elle est « ce par quoi l'individu se construit comme unique » (Carpentier-Roy, 1995c, p. 121) mais la personne ne tient jamais son identité exclusivement d'elle-même; elle transige par le regard d'autrui (Carpentier-Roy, 1995c; Davezies, 1993; Dejours, 1995a). La construction de l'identité se joue autour de deux sphères : dans la sphère privée, autour de la quête d'amour, (Carpentier-Roy, 1995c; Davezies, 1993; Dejours, 1995a) car l'amour offert par autrui offre à l'individu une reconnaissance que ce dernier intègre à son identité (Dejours, 1995a) et dans la sphère sociale du travail, à travers la reconnaissance offerte par autrui pour le travail accompli (Carpentier-Roy, 1995c; Davezies, 1993; Dejours, 1995a). La santé mentale et la conquête de l'identité sont « vectorisées » par l'accomplissement de soi dans le champ privé de l'amour et dans le champ social de la reconnaissance.

---

<sup>15</sup> La charge mentale renvoie davantage aux éléments psychosensoriels et cognitifs engagés dans l'exécution d'une tâche.

#### 2.9.4.6. La reconnaissance

Les contraintes du travail engendrées par l'organisation sont l'occasion pour le sujet de mettre en œuvre son savoir-faire, son inventivité, c'est-à-dire d'apporter sa contribution à l'organisation du travail. Cette dynamique demande un engagement de la part du sujet. Afin d'être durable, cet engagement appelle une rétribution. La rétribution attendue par le sujet est de nature symbolique et revêt la forme spécifique de la reconnaissance (Dejours, 2000a). Les études de terrain faites en PDT ont largement fait état du manque de reconnaissance au travail dans les milieux étudiés. La reconnaissance dont il est ici question est la reconnaissance envers le travail accompli. Cette reconnaissance comporte deux dimensions, d'une part, la reconnaissance de l'apport du sujet à l'organisation réelle du travail et, d'autre part, une reconnaissance (au sens de gratitude) pour l'apport du travailleur aux objectifs de l'organisation (Dejours, 2000a).

La reconnaissance s'effectue par deux types de jugements sur le travail (Dejours, 1995a, 1995b, 2000a). Le premier type de jugement est celui de l'utilité. Selon Dejours (1995b), ce jugement est porté sur l'utilité technique, sociale et économique de l'activité du travail et est émis par la hiérarchie, les subordonnés et, éventuellement, par les clients. Le deuxième type de jugement est de beauté. Il se divise en deux volets. Le premier réfère à la conformité du travail ou des services aux règles de métiers. Ces règles déterminent les manières acceptables de faire le travail et sont sanctionnées par un groupe d'appartenance ou un groupe professionnel (Vézina, 2000). Ce jugement reconnaît à l'individu son appartenance à un collectif ou une communauté d'appartenance. Le deuxième volet consiste à apprécier au-delà de

la conformité aux règles de l'art, ce qui fait la spécificité, l'unicité voire le style du travail. Ce jugement est très prisé car il octroie à l'individu la reconnaissance de son identité, de son originalité, c'est-à-dire ce en quoi il est unique. Le jugement de beauté est essentiellement exprimé par les pairs, les collègues et experts dans le domaine (Dejours, 1995b, 2000a).

La reconnaissance octroyée offre une issue socialement valorisée dans le cadre des difficultés ou problèmes rencontrés dans l'actualisation d'une tâche (Vézina, 2000). Elle est donc source importante de satisfaction au travail, génératrice de sens et de plaisir (Carpentier-Roy, 1995a) ainsi que de création identitaire (Dessors, 1995). Selon la psychodynamique du travail (PDT), la reconnaissance que recherche le travailleur s'inscrit dans le registre symbolique par l'attribution de l'autonomie et du pouvoir sur l'acte pour lequel il est formé et responsabilisé.

#### 2.9.4.7. La normalité

La notion de santé parfaite n'existe pas en psychodynamique du travail (PDT), elle constitue un but, un idéal jamais atteint (Dejours, 1995a). La PDT adopte ainsi le concept de normalité qui se définit comme un équilibre précaire où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées. Cette normalité est un état réel, ni passif, ni stable, une conquête difficile, jamais définitivement acquise et toujours à reconstruire. La normalité n'est pas exempte de souffrance, elle y est seulement compensée par de multiples stratégies défensives (Dejours, 1995a). Cette normalité s'appuie sur le jeu des défenses contre les souffrances qui déstabilisent cette normalité et tendent à faire basculer le sujet dans la maladie.



#### 2.9.4.8. Les stratégies défensives

Le travailleur, face à la souffrance engendrée par l'organisation du travail, ne reste pas passif. Face à cette souffrance, l'individu va construire des stratégies défensives pour s'en protéger. Elles sont définies comme une révolte du moi contre des représentations ou des affects pénibles afin d'assurer sa sécurité et d'éviter un déplaisir (Maranda, 1998). Selon Dejours (1995a), les défenses relèvent presque « essentiellement de processus inconscients, mais elles sont toujours intentionnelles » (Dejours, 1995a, p. 8). Ces stratégies se manifestent par des conduites ou attitudes utiles à la santé mentale pour préserver l'équilibre psychique face à des situations de travail difficiles (Maranda, 1999). Il s'agit d'une construction humaine qui suppose une intentionnalité. Ces défenses ont pour but de protéger les travailleurs contre la souffrance psychique engendrée par les effets délétères du travail. Elles jouent ainsi un rôle conservateur. Les stratégies défensives ont pour inconvénient d'empêcher de penser à ce qui fait souffrir dans le travail et d'entraver la transformation de ces sources de souffrance (Dejours, 2000a; Maranda, 1998). Ces stratégies n'ont pas pour objectif la transformation objective des sources de souffrance au travail mais plutôt la diminution de leur perception (Alderson, 2001). En bout de ligne, ces défenses peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale du travailleur car elles ne le prédisposent pas à modifier ce qui fait souffrir au travail mais plutôt à s'y adapter ou à fuir.

En l'absence d'un collectif de travail, les stratégies défensives sont individuelles et proviennent d'un ensemble de connaissances et d'expériences liées à l'histoire singulière de chacun. En présence d'un collectif de travail, ces stratégies sont

collectives. Pour que ces dernières soient efficaces, elles doivent être sanctionnées par le collectif; elles viennent solidifier ce dernier (Carpentier-Roy, 1995a).

#### 2.9.4.9. Les collectifs de travail

Le collectif de travail, au sens de la PDT, ne se limite pas à plusieurs individus regroupés pour les exigences du travail. Il n'est pas seulement un groupe de travail, mais il est aussi une communauté d'appartenance source d'identification et de reconnaissance sociale (Maranda, 1998). Il constitue le rassemblement des travailleurs en un groupe solidaire, autour d'un but commun à réaliser dans le respect des règles professionnelles que le collectif tient pour nécessaires. Ainsi, il y a collectif de travail, « lorsque plusieurs travailleurs concourent à une œuvre commune dans le respect des règles » (Cru, 1988, p. 46). Un collectif nécessite : 1) plusieurs travailleurs; 2) une œuvre commune; 3) des règles de métier; et 4) le respect durable des règles par chacun c'est-à-dire l'intériorisation des règles (Cru, 1988, p. 47). Dans cette définition, la notion de règles réfère aux règles de métier. Ces règles sont issues de la profession et déterminent les manières de réaliser le travail. Elles sont discutées et introduites par le collectif lui-même et ont une fonction de cohésion, de régulation et de protection contre toute attaque venant de l'extérieur du collectif (Carpentier-Roy, 1995a; Cru, 1988). L'intériorisation des règles donne des balises, des bornes et libère le travailleur des prises de décisions individuelles concernant le travail. La notion de collectif fait appel à la réalisation d'une œuvre commune qui repose essentiellement sur la reconnaissance des qualifications particulières du travailleur et, donc, sur la nécessité d'une certaine visibilité de l'acte de travail; cette visibilité et reconnaissance s'appuient sur la nécessaire coopération. Cette coopération ne peut

cependant être prescrite; elle repose sur la confiance, le respect et l'estime des autres; autant d'éléments qui se construisent dans l'action en référence à des normes ou des valeurs communes. Une des spécificités du collectif réside dans ses pratiques langagières. La reconnaissance de certaines expressions répétées ou de noms attribués aux activités permet de reconnaître un groupe et de déterminer qui en fait partie ou non (Maranda, 1998). Ces pratiques opèrent à travers une double vocation. La vocation technique, qui rend possible la transmission des consignes pour bien faire le travail, et la vocation affective, qui régit les rapports affectifs des travailleurs entre eux (Carpentier-Roy, 1995a). Les collectifs, lorsqu'ils existent, peuvent être ébranlés, parfois même découragés par des pratiques « managériales » qui changent les règles du jeu soit en transformant la flexibilité organisationnelle en rigidité, soit en instaurant une concurrence excessive entre les travailleurs dans un contexte de peur généré par l'insécurité d'emploi (Vézina 1999).

*Méthode*

Ce chapitre expose la méthode privilégiée par la présente étude soit celle de la Psychodynamique du travail (PDT). Il présente dans l'ordre : le devis de la recherche, les critères de sélection du milieu de la recherche, les participants à l'étude, le déroulement de l'étude ainsi que les critères de scientificité.

### 3.1. Le devis de la recherche

#### 3.1.1. Une approche qualitative

Cette étude utilise la méthode d'enquête propre à la psychodynamique du travail (PDT), laquelle constitue une approche qualitative à visée compréhensive et d'inspiration phénoménologique. Le devis de recherche de la PDT s'inscrit dans une approche qualitative dans la mesure où « il est impossible, à l'évidence, de quantifier le plaisir ou la souffrance, car, pas plus que la peur, l'anxiété (...), ils ne se laissent cerner par des pourcentages, des statistiques de fréquence, des comptabilités de quelque sorte » (*Carpentier-Roy, 1995a, p.35*). Les chercheurs en PDT portent leur attention sur les composantes d'une réalité qui n'apparaissent pas à l'œil nu et qui, même, échappent à la conscience de ceux qui la vivent. Cette réalité explorée réfère donc à une connaissance qui ne peut prendre forme dans la conscience que par un travail compréhensif sur l'expérience vécue du quotidien au travail (Trudel, 2000, p. 44). La compréhension de l'expérience de travail vécue des infirmières gestionnaires exerçant dans un contexte de gestion par programme demande l'exploration du sens de cette expérience pour elles. La méthode d'enquête de la PDT devient un choix pertinent pour cette étude car elle favorise une approche qualitative et compréhensive qui reconnaît la centralité de la subjectivité dans les rapports sociaux de travail.

### *3.1.2. Une dimension de recherche-action*

Il est essentiel de situer une enquête en PDT dans le cadre d'une démarche de transformation de l'organisation du travail (Gilbert, 1994). Lors d'une enquête en PDT, vers la fin du processus, les participants peuvent, s'ils le désirent, élaborer des pistes de solutions et des modes d'action en vue de modifier l'organisation du travail. Cette perspective d'action qui prend place donne à la PDT une dimension de recherche-action (Dejours, 2000a).

### *3.1.3. L'importance de la parole*

La parole constitue en PDT le moyen d'accéder à la subjectivité du travailleur. Le plaisir, la souffrance et les stratégies défensives déployées pour contrer la souffrance sont des éléments subjectifs qui ne peuvent être observés de manière directe (Dejours, 2000a). Pour remédier à ce problème, la méthode d'investigation de la PDT fait place à la parole des travailleurs. La parole ne doit pas être comprise comme une suite de mots mais comme un acte, un acte de parole (Carpentier-Roy, 1990). Il s'agit d'une parole où l'énonciation est en soi une action parce qu'elle modifie la position de son locuteur (Trudel, 2000). Cet acte de parole met le travailleur au centre de l'investigation. Elle implique aussi l'acte de penser en donnant la possibilité aux travailleurs de penser leur rapport au travail et les conséquences de ce rapport sur la vie hors travail (Dejours, 2000a).

### 3.2. Les critères du milieu de l'étude

Le milieu de recherche a été sélectionné selon les critères suivants : 1) être un centre hospitalier de soins généraux et/ou spécialisés; 2) avoir adopté un mode de gestion par programme-clientèle depuis au moins deux ans. Ce critère de temps est introduit pour permettre une relative stabilisation des effets de cette réorganisation; 3) avoir des infirmières(ers) gestionnaires de programme-clientèle au sein de l'organisation.

### 3.3. Les participants à l'étude

La méthode de recherche de la psychodynamique du travail cherche à comprendre l'expérience subjective vécue au travail et, dans ce but, la méthode d'enquête donne priorité à la parole des travailleurs (Carpentier-Roy, 95; Dejours, 2000; Trudel, 2000). Il importe que cette parole soit libre (Dejours, 2000). Pour ce faire, seuls les participants volontaires sont retenus (Dejours, 2000). Ils sont réunis en groupes sous le nom de « collectifs d'enquête ». Ils ne sont pas rassemblés suivant des critères objectifs (âge, sexe, statut social, etc.). Il importe cependant qu'un même collectif d'enquête réunisse des travailleurs soumis à une même organisation du travail et de niveau hiérarchique identique.

La sélection des participants s'est faite à partir des critères de sélection suivants :

1- être infirmière gestionnaire de programme, depuis au moins un an et oeuvrant dans un hôpital qui fonctionne selon une gestion par programme-clientèle; 2- avoir pour tâches la gestion des opérations cliniques et administratives, la gestion des ressources

humaines non médicales ainsi que la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles de plusieurs départements de soins regroupés dans un programme clientèle; 3-comprendre et s'exprimer aisément en français; 4- vouloir participer à des entrevues collectives; 5- accepter les risques potentiels inhérents à la démarche introspective.

Les participants, au nombre de six, sont tous infirmières(ers) gestionnaires d'un programme-clients et proviennent tous du même milieu. Ils ont été réunis en un collectif d'enquête. Les participants de l'étude sont trois hommes et trois femmes dont la moyenne d'âge est de 46 ans. Des six participants, cinq sont mariés et un vit en union de fait. Les participants mariés ont tous des enfants. Le nombre d'années d'expérience à un poste de gestion varie entre deux ans et 25 ans avec une moyenne de 16 ans d'expérience. Leur formation académique n'est pas homogène. Les six participants ont une formation de base en sciences infirmières dont cinq de niveau collégial et un de niveau universitaire. Tous les participants ayant une formation collégiale ont entrepris des études universitaires de premier cycle en sciences infirmières. Une personne a terminé des études supérieures à la maîtrise dans un domaine connexe à la gestion et deux autres participants poursuivent présentement des études à la maîtrise en développement et gestion des organisations du système de santé.



### 3.4. Le déroulement de l'étude

La méthode d'enquête, en PDT, est originale dans le sens où elle origine du terrain, nommé la clinique du travail (Dejours, 2000a). Cette méthode d'enquête s'opère sur les lieux du travail et dans une interrelation chercheurs-participants. L'enquête en PDT se fait en deux temps : la pré-enquête et l'enquête.

#### *3.4.1. La pré-enquête*

La pré-enquête comprend toutes les démarches préalables à l'enquête c'est-à-dire la rencontre des gens du milieu, la création des collectifs d'enquête et la période d'observation.

##### 3.4.1.1. Les démarches auprès de la direction des soins infirmiers et de la direction des programmes

L'étudiante chercheuse a rencontré la direction des programmes-clientèle et des soins infirmiers de l'institution afin d'explicitier le but, l'utilité et les modalités de l'étude. Cette rencontre avait pour but d'obtenir la permission de rencontrer les infirmières gestionnaires de programme de l'établissement pour leur présenter le projet et ainsi susciter le désir d'une enquête en PDT.

##### 3.4.1.2. La présentation du projet aux infirmières gestionnaires de programme

Selon Dejours (2000a), une enquête ne peut avoir lieu que si la demande émane des travailleurs eux-mêmes. Cette condition s'explique par le fait qu'une demande d'investigation en PDT s'inscrit toujours dans un processus de transformation - par

les travailleurs eux-mêmes - des éléments de l'organisation du travail qui les font souffrir. Il devient dès lors primordial que les participants désirent s'investir dans le processus. Au Québec, même si les recherches en PDT sont présentement plus fréquentes qu'il y a 20 ans, cette approche demeure encore méconnue. Cette méconnaissance limite la demande spontanée d'investigation en PDT par les travailleurs eux-mêmes. Cela dit, cette condition de la demande d'enquête par les travailleurs, peut être interprétée de manière plus large par la perception d'un malaise dans le travail, lequel porte les travailleurs à s'engager volontairement dans une étude en PDT qui leur serait proposée. La présente étude rejoint cette perspective. Afin d'investiguer le désir d'enquête, une rencontre a été organisée pour présenter la recherche aux infirmières gestionnaires de programme. Ce contact préliminaire avec les participants potentiels à l'étude est un élément préparatoire aux entrevues permettant de créer un contexte favorable (Van Der Maren, 1996). Il est à noter que, n'ayant pu assister à une réunion de gestion de ces derniers, l'étudiante-chercheuse n'a pas pu rencontrer l'ensemble des infirmières gestionnaires de programme-clientèle. Le projet a été présenté par la direction des soins infirmiers et des programmes-clientèle (DSI/PC) aux infirmières gestionnaires de programme-clientèle. Ces derniers, de façon individuelle, ont contacté l'étudiante-chercheuse pour manifester leur intérêt à recevoir plus d'informations concernant le projet de recherche.

L'enquête en PDT a été considérée comme recevable car après avoir reçu l'information précise sur la nature, le but et les exigences de la démarche, six infirmières(ers) gestionnaires d'un programme-clientèle sur une possibilité de douze

ont consenti volontairement à participer à cette étude. Ils se sont constitués en un collectif d'enquête. Les participants, entre eux, ont décidé que les entrevues auraient lieu pendant le temps de travail. La détermination de l'horaire des entrevues a été réalisée par consensus entre les participants et l'étudiante-chercheure.

#### 3.4.1.3. L'observation

L'observation non participante est une étape importante à la préparation et à l'analyse dans une enquête en PDT (Dejours, 2000a). Elle a permis à la responsable de la recherche de développer une représentation sensible du travail et de son milieu et non de décrire, d'une manière détaillée, les faits observés. L'observation permet d'acquérir une représentation nécessaire à la compréhension de ce dont parleront les participants à l'enquête et d'avoir une image globale des conditions environnementales du travail (Dejours, 2000a). Cette image globale a porté sur les caractéristiques du travail, son environnement, son organisation et ses contraintes. Les notes d'observation ont été rédigées le jour même ou le lendemain de l'observation et ont permis à la chercheure responsable de s'y référer pour préparer les entrevues ou l'analyse des entrevues. Une période d'observation de six jours a eu lieu et a été jugée suffisante pour permettre à l'étudiante-chercheure de se faire une représentation globale des conditions environnementales du travail des participants.

#### *3.4.2. L'enquête.*

L'enquête s'est réalisée à travers les entrevues collectives qui se sont déroulées sur les lieux du travail. Les entrevues ont eu lieu entre le collectif d'enquête et le collectif de chercheures. Un nombre de cinq entrevues collectives d'une durée de 2

heures 30 à 3 heures chacune ont été réalisées. Les trois premières entrevues servirent à collecter les données. La quatrième entrevue a permis la validation des données interprétées par le collectif de chercheuses auprès des participants et, finalement, la cinquième entrevue consistait à présenter le rapport de recherche et à discuter de son contenu avec les participants. Afin de réunir les conditions d'analyse et d'interprétation intersubjectives et interdisciplinaires requises par la méthode d'investigation en PDT (Dejours, 2000a), deux chercheuses universitaires ont été associées à cette démarche. Ces deux chercheuses sont 1) la directrice de thèse qui est aussi infirmière et 2) la codirectrice de thèse qui est aussi psychanalyste. Cette interdisciplinarité a pour but la rencontre de plusieurs subjectivités à la découverte du sens de la parole entendue.

#### 3.4.2.1 La collecte de données

La méthodologie de la PDT prévoit trois sources pour recueillir les données. L'observation non-participante, les entrevues collectives semi-dirigées et les sources documentaires (Dejours, 2000a). Cependant, les entrevues collectives demeurent la source primaire de collecte de données car elles permettent d'avoir accès à la parole et à la subjectivité des travailleurs (Dejours, 2000a), réunis en collectif, et de mieux comprendre les processus intersubjectifs dans les situations de travail et qui se jouent dans les rapports sociaux (Carpentier-Roy, 1994). La confrontation des autres sources de données a permis à l'étudiante-chercheuse de comprendre l'organisation du travail et de saisir le sens des comportements qui ne sont pas explicités verbalement par les infirmières gestionnaires parce qu'elles n'y pensent pas ou n'en ont pas conscience. Les entrevues demeuraient semi-dirigées dans le sens où elles ont été dirigées sur les

thèmes faisant partie du guide d'entrevue mais demeuraient libres à l'intérieur de ceux-ci. Les entrevues furent enregistrées sur bande audio et transcrites. Les entrevues de collecte des données, au nombre de trois, ont été réalisées à l'intérieur d'un intervalle d'une semaine chacune afin de conserver le processus réflexif en cours. Un guide d'entrevue (Alderson, 2001) (appendice A) comprenant des thèmes inspirés du cadre de référence, a permis de conduire les entrevues collectives. Ces thèmes sont 1) Travail et activité de travail comprenant la nature et la spécificité de l'activité de travail ainsi que les contraintes d'activités; 2) Contenu significatif du travail : reconnaissance, pouvoir et responsabilités, autonomie, sentiment d'appartenance à l'organisation, etc.; 3) Les sources de souffrance au travail et les stratégies de défenses associées; 4) Risques, peurs et anxiété au travail; 5) Les sources de plaisir au travail; 6) Soutien social; 7) Imaginaire social et 8) Pistes de solution des participantes. Ce qui intéresse la PDT, c'est la parole spontanée en regard des dimensions subjectives du travail, donc le guide d'entrevue se veut flexible et les entrevues souples afin d'atteindre cet objectif.

#### 3.4.2.2. Analyse des données

La psychodynamique du travail (PDT) possède sa propre méthode d'analyse et d'interprétation des données. La méthode d'enquête de la PDT regroupe plusieurs chercheurs d'appartenance disciplinaire différente sous forme de collectif de chercheurs (Dejours, 2000a). Ce collectif s'avère utile lors de l'analyse des entrevues car il permet un travail « réflexif » (Dejours, 2000a) et une confrontation de la subjectivité des chercheurs ainsi que leurs éclairages disciplinaires. La confrontation intersubjective entre chercheuses sert de balise à la subjectivité de la responsable de

l'étude. En ce sens, le collectif de chercheuses contribue à la crédibilité et à la fiabilité ainsi qu'à la confirmation des résultats.

L'analyse des données s'est réalisée à partir de l'écoute répétée des entrevues, de la transcription des verbatims, des notes d'observations ainsi que des sources documentaires. L'enregistrement a servi de soutien à l'étudiante-chercheuse offrant la possibilité de faire des écoutes répétées afin de dégager le sens de la parole collective. L'écoute répétée et la lecture de la transcription des verbatims a permis à l'étudiante-chercheuse de noter les unités de sens émergeant des propos entendus. L'émergence de ces unités de sens se fait par induction, c'est-à-dire un mouvement d'aller-retour entre les données recueillies et les thèmes émergents. Cette induction permet de sélectionner les parties qui soutiennent ou réfutent l'interprétation et ce jusqu'à saturation et interprétation des thèmes. Ces unités de sens peuvent se regrouper en une plus vaste configuration de sens (Alderson, 2001) auquel le chercheur tente de donner une signification. L'étudiante-chercheuse présentait ses interprétations au collectif de chercheuses, lequel réagissait à l'analyse en la corroborant ou en la questionnant et en offrant, lorsque nécessaire, sa compréhension des propos entendus. Une discussion s'amorçait jusqu'à l'atteinte, au sein du collectif, d'un consensus sur l'interprétation qui serait remise aux participants. Les enregistrements ont contribué à la confirmation et à la validité des résultats, dans la mesure où il était possible de retourner à ceux-ci lorsqu'un désaccord surgissait au sein du collectif de chercheuses. Les données recueillies ont été analysées et interprétées à l'aide du cadre de référence afin de dégager les significations communes et les divergences des propos entendus.

#### 3.4.2.3. L'entrevue de validation des données

L'entrevue de validation permet de restituer aux participants l'interprétation qu'a faite le collectif de chercheuses des données recueillies. Elle constitue la quatrième entrevue et a eu une durée d'environ trois heures. Cette entrevue a permis au collectif d'enquête de confirmer ou d'infirmer l'interprétation des données rendues par le collectif de chercheuses ou la questionner. D'une part, le questionnement entraîne une nouvelle discussion, laquelle permet d'approfondir l'expérience de travail vécue. D'autre part, l'acceptation des interprétations par les participants donne valeur à l'interprétation et assure la crédibilité et la confirmation des résultats. Lors de cette entrevue, les participants ont confirmé la majeure partie de l'interprétation faite par les chercheuses; seulement quelques éléments ont été discutés dans un but d'éclaircissement soit par les chercheuses ou soit par les participants.

#### 3.4.2.4. La rédaction du rapport de recherche

La méthode d'investigation de la PDT prévoit la rédaction d'un rapport qui sera remis aux participants. A la fin de l'entrevue de restitution, l'étudiante-chercheuse a consacré plusieurs mois à la rédaction du rapport de recherche. Ce rapport a ensuite été remis aux participants à des fins de lecture et de commentaires lors de la dernière (cinquième) entrevue, laquelle a permis aux participants d'adresser des commentaires sur les propos qu'ils souhaitaient modifier, ajouter ou retirer du texte. Cette présentation du rapport aux participants soutient la crédibilité des résultats de recherche, elle permet de s'assurer qu'ils sont considérés comme signifiants pour eux. À la suite des correctifs apportés, un rapport final est rédigé et remis aux participants.

### 3.5. Critères de scientificité

Les critères de rigueur retenus par la méthodologie de la psychodynamique du travail sont la validation et la réfutation des données (Dejours, 2000a). Ces critères s'appliquent simultanément et à deux reprises durant l'enquête. Premièrement, tout au long des entrevues par le souci constant de l'étudiante-chercheure de s'assurer de la compréhension de la parole collective entendue et deuxièmement, avec les participants à l'enquête lors de l'entrevue de restitution qui présente une synthèse des résultats des observations et des interprétations résultant du travail d'analyse du collectif de chercheures. De plus, pour s'assurer que les résultats de cette recherche reflèteront l'expérience vécue au travail des participantes, les critères de rigueur qui guideront cette étude seront la crédibilité, la validité, la transférabilité, la confirmation. Même si la psychodynamique du travail ne réfère pas explicitement à ces critères, leur intégration au processus de recherche ne désavoue pas la PDT.

#### 3.5.1. *La crédibilité des résultats*

Selon Guba et Lincoln (1989), les résultats d'une recherche sont crédibles si les participants se reconnaissent et s'approprient la signification du phénomène telle que présentée au terme de l'étude. Plusieurs techniques peuvent accroître la crédibilité des résultats d'une recherche. La vérification, par les participants, des analyses interprétatives effectuées par les chercheurs (*member checks*) est la technique optimale pour assurer cette crédibilité (Guba & Lincoln, 1989). La PDT prévoit cette démarche à travers l'entrevue de restitution des données ainsi que la présentation du rapport de recherche aux participants, ce qui permet d'assurer cette crédibilité.



### *3.5.2. La transférabilité des résultats*

Le concept de transférabilité des résultats, selon Guba et Lincoln (1989), permet à un auditoire externe d'évaluer si les résultats sont significatifs pour eux. Cette démarche valide les résultats de l'étude et permet d'étendre les conclusions de l'étude à d'autres milieux. Pour ce faire Guba et Lincoln (1989) préconisent une large description du contexte à partir duquel les hypothèses et les concepts pourraient être pertinents. Cette démarche n'étant pas prévue dans la méthode de la PDT, la possible transférabilité des résultats ne peut se faire qu'à posteriori, lorsque d'autres groupes d'infirmières gestionnaires dans un contexte similaire trouveront sens aux résultats de la recherche.

### *3.5.3. La confirmation des résultats*

La confirmation des résultats s'avère importante dans une étude qualitative. Cette démarche garantit que les interprétations faites par les chercheurs émanent de la parole des participants et non de l'imagination des chercheurs (Guba & Lincoln, 1989). Pour garantir cette confirmation des résultats, les chercheurs s'assureront tout au long des entrevues de leur compréhension de la parole collective entendue. De plus pour assurer que l'intégralité des résultats dérive bien des données, l'analyse réalisée par l'étudiante-chercheure sera soumise à la confrontation de l'analyse du collectif de chercheures ainsi qu'à l'entrevue de restitution qui permettra de s'assurer de la confirmation des résultats.

### 3.6. Considérations éthiques

La présente recherche a reçu les certifications éthiques de l'Université de Montréal (appendice B) et de celui de l'institution où a eu lieu la collecte des données. De plus, un document explicatif a été remis à tous les participants dans lequel était explicité le but de l'étude, la nature de leur contribution ainsi que toutes les informations concernant les spécificités propres à la démarche introspective de la PDT. Les participants ont été libres de participer ou non, et ils pouvaient se retirer à tout moment sans préjudices. Ils ont été informés des ressources d'aide professionnelle disponibles s'ils en manifestaient la nécessité. Les participants ainsi que les chercheuses ont signé un formulaire de consentement (appendice C) à la participation de cette étude car les deux parties se sont engagées à la stricte confidentialité des propos échangés. L'étudiante-chercheuse s'est engagée à ne pas dévoiler le contenu des enregistrements, si ce n'était au collectif de chercheuses. Au terme d'une période de cinq ans post-enquête, l'étudiante-chercheuse détruira les enregistrements des entrevues. À des fins de confidentialité, l'étudiante-chercheuse dans la rédaction du mémoire de maîtrise n'a pas mentionné le milieu de recherche et s'est assurée le plus possible de respecter l'anonymat de ce dernier.

*Présentation des résultats*

La section qui suit relate les résultats de la recherche. Les résultats sont présentés suivant les principaux concepts du cadre théorique de la psychodynamique du travail (PDT). Cette présentation débute donc avec les sources de plaisir et de souffrance liées à l'organisation du travail des infirmières(ers) gestionnaires de programme<sup>16</sup>. Par la suite, sera faite la description des stratégies défensives mises en œuvre par les participants pour contrer les sources de tension psychique vécues par ces derniers.

#### 4.1 Le milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec, évoluant selon une gestion par programme clientèle (GPPC) depuis au moins deux ans. Le centre hospitalier, maintenant intégré au sein d'un Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) mission hospitalière<sup>17</sup>, est un important centre hospitalier régional de soins de courte durée. Il offre des services de soins généraux et spécialisés à la population locale et des services ultra-spécialisés à l'ensemble de la population qui s'élève à plus de 325 000 personnes.

Le centre, d'une capacité d'environ 500 lits, fait appel à 3000 employés et environ 250 bénévoles. Il a été fondé en avril 1998, suite à la fusion de deux centres hospitaliers desservant la population de la région. Ainsi, le centre hospitalier est composé de deux campus situés dans des villes différentes.

---

<sup>16</sup> L'expression infirmières(ers) gestionnaires de programme sera remplacée par l'expression gestionnaires de programme afin d'alléger le texte.

À l'automne 2000, le centre hospitalier a entrepris une révision de ses activités. Cette révision a été influencée par les recommandations de la Commission Clair sur l'avenir des soins de santé au Québec ainsi que par des concepts modernes d'organisation et de gestion. C'est ainsi que la direction a implanté, en 2001, une structure et un mode de gestion par programme-clientèle.

L'intervalle de temps écoulé entre la révision des activités et l'implantation du mode de gestion par programmes-clientèle semble avoir été court. Cette rapidité d'implantation a été soulevée par les gestionnaires de programme lors des entrevues à travers le verbatim suivant : « *Nous il a fallu le faire[l'implantation de la gestion par programme-clientèle] en trois mois.* » Dans cette situation on peut penser que ce mode de gestion a été implanté sans avoir eu recours à une période de réflexion et de consultation auprès de tous les acteurs concernés. Le verbatim suivant exprime ce manque de recul : « *Pas le réfléchir, non le faire, nous avons eu trois mois.* » En effet, l'organisation a entrepris une vaste consultation auprès des partenaires internes et externes incluant la population à la fin de l'année 2001 suite à l'implantation de la structure de gestion par programme-clientèle<sup>18</sup>. Cette consultation qui devait déboucher sur une planification stratégique devait permettre d'analyser l'environnement dans lequel évolue le centre hospitalier et ainsi de prendre des décisions éclairées concernant l'offre de soins en fonction de la demande.

---

<sup>17</sup> Depuis l'adoption de la loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux à l'automne 2004. Nous y reviendrons ultérieurement.

<sup>18</sup> Source : planification stratégique 2003-2008 du centre hospitalier X

Ce nouveau modèle d'organisation visait à permettre au centre hospitalier de regrouper au sein d'un même programme la globalité des professionnels et du personnel oeuvrant auprès d'une même catégorie de clients. Il devait améliorer la coordination des soins ainsi que la continuité des services offerts avant, pendant et après l'épisode de soins<sup>19</sup>. La gestion par programme instaurait ainsi une nouvelle organisation clinique et médicale qui a modifié l'organisation du travail ainsi que les rapports sociaux au travail des professionnels de la santé regroupés au sein des nouveaux programmes-clientèle.

L'organigramme de l'organisation (appendice D) au moment de la prise de contact avec le milieu de recherche démontre une structure surtout verticale et hiérarchisée. Au plus haut niveau de l'organigramme, on retrouve la direction générale qui chapeaute à son tour cinq autres directions soit la direction des ressources humaines, des services techniques, des services administratifs, des services professionnels, des programmes-clientèle et soins infirmiers. Il est à noter que toutes ces directions sont en autorité hiérarchique et non pas en position de direction conseil à la direction générale. Un changement majeur lié à l'arrivée du mode de gestion par programme au niveau des directions fut de regrouper au sein d'une même direction les programmes-clientèle ainsi que la direction des soins infirmiers. Ce regroupement a donc permis de réunir au sein d'un même programme les professionnels en soins infirmiers ainsi que les autres professionnels de la santé (ex : physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététiste, etc.) dans le but de permettre une meilleure

---

<sup>19</sup> Source : Document sur la planification stratégique 2003-2008 du centre hospitalier X

collaboration interdisciplinaire et ainsi améliorer la continuité des soins. Ce groupement vient donc aussi tenter de mettre l'accent sur le client et ses besoins plutôt que sur les structures des disciplines professionnelles. Cependant, il faut noter que la direction des services professionnels (DSP), regroupant les spécialités médicales ainsi que les services de pharmacie a gardé une structure hiérarchique centrée sur les spécialités médicales. Ainsi, les services de la pharmacie ainsi que les spécialités médicales ne se sont pas vus regroupés au sein des programmes ce qui aurait permis d'aplanir un peu plus la structure. L'organigramme démontre l'existence d'une DSP pour chaque campus formant le centre hospitalier tandis que la direction des soins infirmiers s'est vu fusionnée avec la direction des programmes clientèle diminuant ainsi sa visibilité au sein des deux campus.

Au moment de l'étude, on retrouvait au sein de ce centre hospitalier douze programmes-clientèles. Ces programmes sont répartis au sein des deux sites géographiques du centre hospitalier et la planification stratégique de l'établissement nous apprend que cette répartition s'est faite à partir des besoins et ressources de chaque hôpital, en fonction des services à offrir à la population locale ou régionale tout en évitant de dédoubler les spécialités déjà développées au sein de chaque hôpital. Il est à remarquer que certains programmes sont identifiés par une appellation désignant une clientèle spécifique (programme personnes âgées) et d'autres, suivant une spécialité médicale (Ex : programme santé mentale, programme chirurgie). De plus, chaque site du centre hospitalier a son programme médecine et chirurgie. Cependant, ces derniers présentent une structure plus particulière. Par exemple, le programme médecine (appendice E) présente une structure de soins et services

englobant les activités de médecine générale qui, par définition, sont très larges (gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, médecine familiale, etc.) et visant une clientèle plus vaste ainsi que plusieurs autres spécialités liées à des pathologies spécifiques telle que le VIH-SIDA qui demande des soins et services spécifiques auprès d'une clientèle cible. Au sein du programme médecine, on retrouve même des lits de chirurgie qui selon la parole des participants permettent de pallier le débordement du programme de chirurgie. Ce constat porte à dire que le programme médecine tel que structuré intègre plusieurs spécialités médicales et vise une clientèle présentant des problèmes de santé différents mais qui demandent des soins et services spécifiques. Ce programme offre donc un volume de soins et services beaucoup plus grand et parfois hétérogène qui peut paraître servir de programme «fourre tout».

Comme mentionné ci-haut, les programmes-clientèle sont regroupés sous une direction ayant un double mandat, soit le mandat de la direction des soins infirmiers et celui des programmes-clientèle. En 2004, à la tête de cette direction, on retrouve un(une) directeur(trice) ainsi que trois adjoints(tes) à la direction. Chacun de ces adjoints(tes) détient un mandat particulier, relié à la qualité des soins et à la formation du personnel infirmier, ou à la gestion des admissions hospitalières, ou au regroupement des professionnels de disciplines autres que les soins infirmiers. Chaque programme-clientèle est dirigé par un gestionnaire de programme appelé «chef de programme clinico-administratif» secondé par un ou des adjoints selon le volume d'activités au sein du programme. Ces gestionnaires au sein des programmes sont majoritairement des infirmières(ers). Une technicienne administrative apporte son support au niveau de la gestion administrative du programme. Les services de



secrétariat ne sont souvent offerts qu'aux services à la clientèle et aux médecins et seulement là où l'on retrouve des cliniques ou services ambulatoires.

Les programmes sont composés de plusieurs unités de soins cliniques et de services ambulatoires (appendice E). Auparavant, les unités de soins ou cliniques ambulatoires se retrouvaient sous la direction des soins infirmiers et ces unités étaient dirigées par une ou un infirmière(er)-chef. Ce professionnel n'avait la gestion que d'une ou deux unités, avec un volume d'activités moindre et était responsable de moins de personnel, en termes de nombre et de diversité, car ce personnel relevait, dans la plupart des cas, des soins infirmiers. Maintenant, les programmes-clients ont un volume d'activités supérieur car plusieurs unités et cliniques ont été regroupées et ces programmes sont gérés par un seul gestionnaire clinico-administratif avec l'aide ou non d'adjoint clinico-administratif. Cependant, le volume d'activités et le nombre d'employés varient d'un programme à l'autre. Certains programmes regroupent moins de 100 professionnels et employés; inversement d'autres programmes peuvent regrouper jusqu'à 250 professionnels et employés de diverses disciplines. Cette situation entraîne de l'iniquité dans la gestion quotidienne des programmes. Au sein des programmes, on peut remarquer que les services auxiliaires comme l'entretien ménager ou les services de pharmacie ne sont pas décentralisés. L'organisation a pris la décision de continuer de garder ses services à un niveau plus central de l'organisation.

Au cours de l'année 2003-2004, le centre hospitalier est confronté à un déficit budgétaire. Ce déficit, principalement causé par une augmentation des volumes

d'activités reconnues mais non financées par le ministère de la santé et des services sociaux, entraînera une nouvelle réorganisation, afin de pallier ce déficit. Cette réorganisation a fortement touché la direction des soins infirmiers et des programmes clientèles. Il semble, selon les dires des participants, qu'elle consistait à abolir plusieurs postes cadres qui étaient surtout des postes d'encadrements.

Au niveau provincial, l'année 2003-2004 a vu se réaliser l'adoption de la loi 25 (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et services sociaux) par le gouvernement qui vient transformer, de façon majeure, l'organisation des soins et des services sociaux dans tout le réseau de la santé. L'adoption de cette loi se traduit par le développement de réseaux locaux intégrés de santé et de services sociaux dans chacune des régions du Québec, dans le but énoncé d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services à la population. Au centre de ces réseaux locaux, on retrouve une instance locale dont le nom est Centre de santé et des services sociaux (CSSS). Cette instance a été créée à partir du regroupement des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), des Centres Hospitaliers de Soins de Longue Durée (CHSLD) et des Centres Hospitaliers de Soins Généraux et Spécialisés (CHSGS). Cette nouvelle instance doit s'assurer de l'accès, de la prise en charge, du suivi et de la coordination des services de 1<sup>ière</sup>, 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> lignes. Elle a la responsabilité de créer des liens entre les différents établissements et professionnels par le biais, notamment, d'ententes et de protocoles. Cette nouvelle organisation requiert une plus grande collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003).

Ainsi, lors de notre enquête, la planification du réseau de services intégrés était en cours et le centre hospitalier était en voie de devenir une partie intégrante d'un CSSS mission hospitalière. Cette nouvelle réorganisation instaure pour les gestionnaires de programme une autre période de mouvance. Une nouvelle organisation avec son nouvel organigramme vient donc modifier à nouveau les liens hiérarchiques et, par le fait même, les rapports sociaux de travail. Sous cet organigramme le CSSS, une des nouvelles instances locales du réseau, regroupe les CLSC, CHSLD ainsi que le Centre hospitalier sous trois nouvelles directions soit la direction des hôpitaux, la direction des services communautaires et la direction de l'hébergement et des soins de longue durée. Ainsi, les programmes-clientèles relèvent pour la plupart de la mission hospitalière sous l'autorité d'une directrice et deux adjoints (tes).

Le centre hospitalier a rendu disponible, sur les lieux du travail, un local pour permettre la tenue des entrevues. L'étudiante-chercheuse a eu accès à la documentation pouvant lui permettre de se faire une représentation du travail (rapports annuels, mandats des cadres, etc.) dans le but de comprendre ce dont parlent les infirmières gestionnaires durant les entrevues.

#### 4.2 Les sources de plaisir liées à l'organisation du travail.

L'arrivée de la gestion par programme-clientèle a créé, chez les gestionnaires de programme, un engouement et un investissement total qui les portent à travailler jusqu'à 16 heures par jour, fins de semaine incluses. Ces longues heures de travail

n'étaient pas la résultante d'une situation exceptionnelle mais régulière afin de répondre à différents mandats liés à l'implantation de la gestion par programme-clientèle. En effet, les gestionnaires se sont sentis interpellés par les valeurs prônées par ce mode de gestion et, plus précisément, par une meilleure continuité des soins centrés sur le client. La philosophie sous-jacente à ce mode de gestion recevait donc un écho favorable auprès des gestionnaires:

*«Ils nous avaient tellement vendu leur approche-clientèle. Oui, nous y avons cru».*

*«Je ne remets pas en question les programmes-clientèles, je trouve que c'est une belle chose».*

*«La philosophie de programme, moi, j'aime ça».*

*«Quand nous avons décidé d'embarquer dans ce train-là, nous, les chefs de programme, nous y avons tous cru».*

Cependant, bien qu'ils se soient donnés corps et âmes à une réorganisation appuyée, le croyaient-ils, par une philosophie qui correspondait à leurs valeurs et qui les poussait à accomplir toujours plus, au fil des mois et des ans, ces premiers plaisirs et sources de satisfaction ont fait place à la désillusion et aux insatisfactions diverses, ce qui sera explicité plus loin. L'accès aux sources de plaisirs est entravé par une organisation du travail comportant son lot de contraintes et de souffrances. Le discours des gestionnaires de programme démontre que les éléments qui sont sources de plaisir ne sont que partiellement accessibles, laissant ainsi une partie du travail qui serait source de satisfaction à l'état de «désir » de l'accomplir.

#### *4.2.1. L'organisation d'un processus de soins de qualité : une quête?*

L'une des sources de satisfaction au travail, quand ils y parviennent, est de pouvoir s'engager dans l'organisation et la planification de soins et de services de qualité pour la clientèle. Dans le discours des gestionnaires de programme, on peut, en effet, percevoir un grand désir ou « souci » d'assurer la prestation de soins et de services de qualité. Le fait de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et services les motive et les stimule de façon significative :

*«C'est important, la qualité».*

*«Nous voulons tous donner un produit de qualité».*

*«J'ai encore assez de cœur à l'ouvrage pour m'assurer qu'il y ait une continuité dans le service».*

#### *4.2.2. La fierté du travail bien fait*

Dans le discours de ces gestionnaires, on note l'expression d'une satisfaction et d'une fierté personnelle face au travail bien fait. Cette attitude découle d'une éthique personnelle et professionnelle centrée sur un travail de qualité. Malgré la cadence rapide, le manque de temps pour la rédaction des rapports et la présence d'un faible soutien bureautique, ils éprouvent un plaisir certain lorsqu'ils réussissent, malgré tout, à accomplir un travail de qualité :

*«Nous sommes habitués à déposer un dossier à la date d'échéance, qui est bien analysé, qui est à mon goût et parfait».*

*«Nous sommes fiers aussi».*

#### 4.2.3. Innover dans le travail

L'arrivée du mode de gestion par programme-clientèle exige d'être créatif et d'innover dans les façons de faire, afin d'améliorer l'organisation du travail et, à l'occasion, de procéder à l'implantation de nouvelles approches. Ainsi, le discours des participants reflète le plaisir de s'investir, de créer de nouveaux projets à partir de zéro, d'implanter de nouvelles façons de faire, etc. Pour eux, cela est perçu comme un défi qui leur permet de se dépasser, de se réaliser, donnant ainsi un sens à leur travail. Un sentiment de fierté émane de la réalisation de certains projets :

*«J'ai dû partir de loin dans une spécialité que je ne connaissais pas, j'ai quand même grandi là-dedans, pour en arriver à ce projet-là».*

*«C'est moi qui ai fait ça, j'ai fait tout cela».*

*«J'ai commencé à monter les affaires pour nous faciliter la vie au quotidien».*

*«C'est moi qui ai tout établi à partir de rien, c'est moi qui ai établi la liste pour acheter cette table-là, pour acheter les chaises, où nous sommes assis. Les chaises dans chacun des bureaux, dans chacune des salles. J'ai même dû évaluer les besoins matériels et autres des aires de traitements pour fonctionner».*

#### 4.2.4. L'apprentissage lié à la gestion d'un programme-clientèle

Outre le fait de permettre l'innovation, la création de nouveaux projets, etc., les gestionnaires de programme parlent des apprentissages qu'ils ont dû réaliser, dès leur entrée en poste. Ils expriment un réel plaisir d'adhérer à une formation universitaire qui leur est offerte, sur la gestion et le développement des organisations du système de santé et pour laquelle le centre hospitalier les soutient financièrement. Cette formation leur permet de mieux s'adapter au poste de gestionnaire de programme.

Ces apprentissages sont en partie liés à un élargissement du rôle et des responsabilités au sein de la gestion d'un programme-clientèle :

*«Les cours à l'université, c'est un cadeau que je me suis fait».*

*«C'est un cadeau. Moi, je me considère chanceux en début de carrière de gestionnaire d'avoir cette chance-là, d'avoir ce programme de formation. C'est ce qui m'a motivé».*

*«J'ai fait quelque chose que je n'aurais pas fait avant(...) j'ai appris».*

#### *4.2.5. L'établissement et le maintien d'une relation de confiance avec les employés*

La gestion par programme clientèle est venue bousculer la structure reliée aux postes des cadres intermédiaires. Les unités de soins auparavant administrées par des infirmières(ers) chefs sont maintenant regroupées au sein de programmes. Ces programmes sont dorénavant administrés par un seul gestionnaire de programme et des adjoints. Cette nouvelle forme d'encadrement a modifié la vision qu'avaient les professionnels en soins infirmiers du rôle du gestionnaire ainsi que la relation hiérarchique qui prédominait avec les employés. Cette relation hiérarchique était fondée sur la reconnaissance des compétences professionnelles du rôle d'infirmière(er)-chef et cette relation doit maintenant évoluer vers la reconnaissance des compétences du rôle de gestionnaire de programme. Les participants affirment avoir dû travailler à rétablir une relation de confiance avec les employés. Ils ont dû réapprendre à travailler ensemble et faire l'apprentissage de ce nouveau mode d'organisation du travail qu'est la gestion par programme clientèle. Les participants expriment qu'ils ont réussi à établir ce lien de confiance et que c'est pour eux fort gratifiant :

*«Je pense que ce qui est gratifiant, c'est le lien qu'on a établi avec nos équipes».*

*«Ils étaient habitués à un gestionnaire par unité et puis maintenant, ils se partagent un gestionnaire pour trois unités».*

*«Nous avons de belles équipes. Je leur dis : une chance que vous êtes là».*

#### *4.2.6. Une relation de confiance et d'entraide entre collègues*

La relation avec les pairs et collègues gestionnaires est une source de soutien sur le plan social. Parfois, cette relation permet, lors de situations difficiles, de tenir « le coup » et de rester en poste. La parole des participants révèle une relation de confiance, de respect qui s'est établie entre les gestionnaires de programme; une relation de confiance qui s'est développée au fil des années, bien avant les multiples réorganisations. Les gestionnaires de programme reconnaissent, qu'avant l'implantation de la gestion par programme, lorsqu'ils étaient infirmières(ers)-chefs, il y avait un lieu et un temps pour échanger; ils avaient un réel plaisir à partager les savoirs de métier, afin d'aider un ou une collègue qui vivait des difficultés. Cependant, le discours actuel des gestionnaires de programme révèle une diminution du soutien entre pairs, depuis l'arrivée de la gestion par programme-clientèle. L'organisation et les contraintes du travail ne permettent cependant pas d'avoir du temps pour échanger sur les difficultés qu'ils vivent, chacun dans leur programme, ce qui a comme conséquence de les isoler davantage. L'entraide persiste malgré ces conditions mais elle se fait plus rare et se manifeste dans des situations plus critiques, par exemple, lorsqu'un collègue a besoin d'aide ou d'un soutien urgent :

*«Nous nous entraïdons».*



*«Même si on ne se voit pas beaucoup, on sait que chacun d'entre nous est présent pour l'autre lorsqu'il en a besoin».*

*«Avant, dans une autre vie, on allait déjeuner le matin».*

*«Il y a en a une qui a un petit quelque chose de travers, puis elle va appeler, on va tout mettre de côté puis on va y aller».*

#### 4.3. Les sources de souffrance liées à l'organisation du travail

Toutefois, l'analyse du discours des gestionnaires de programme sur le vécu au travail révèle l'expression d'une certaine désillusion pour ne pas dire d'une désillusion certaine. Pour illustrer cette désillusion, une métaphore a été retenue. Cette métaphore est celle du miroir aux alouettes. Selon le dictionnaire d'expressions et locutions, le Robert 2003, le miroir aux alouettes est un piège séduisant, formé de planchettes garnies de petits miroirs et destinées, par leur miroitement, à attraper les oiseaux. L'image est celle de l'objet brillant pour mieux attirer.

L'organisation du travail telle que structurée, à un moment donné, par le modèle de gestion par programme-clientèle, a séduit les gestionnaires de programme pour ensuite progressivement devenir un piège, laissant place à un travail ponctué de plusieurs désillusions.

La section suivante fait état de l'évolution du rôle des infirmières(ers)-chefs vers celui de gestionnaires de programme-clientèle afin de mieux comprendre comment ce dernier implique une fonction de gestion beaucoup plus large et comportant de plus grandes responsabilités de gestion. Puis, nous présenterons les différentes sources de souffrance découlant de l'organisation du travail et de ses diverses contraintes, telles que vécues par les gestionnaires de programme.

#### *4.3.1. Un changement de rôle d'infirmière(er)-chef à gestionnaire de programme : une double identité ou une identité naissante?*

La gestion par programme-clientèle modifie la structure d'encadrement et, par le fait même, modifie le rôle des cadres infirmiers. En effet, le Centre où a lieu l'étude a aboli les postes d'infirmières(ers)-chefs. Au lieu d'avoir une infirmière(er)-chef responsable d'une ou plusieurs unités de soins, où cette dernière est reconnue comme l'experte en soins infirmiers, on retrouve maintenant des gestionnaires de programme, reconnus pour leur compétence et leur qualité de leadership, qui gèrent un programme-clientèle. Le rôle attendu du gestionnaire de programme-clientèle regroupe la gestion des opérations cliniques et administratives, la gestion des ressources humaines non médicales ainsi que celle des ressources matérielles, financières et informationnelles tout en tenant compte des besoins et des orientations de l'hôpital et de la planification annuelle du programme.

Au sein des programmes, on retrouve plusieurs unités de soins ainsi que des cliniques ambulatoires qui offrent des soins et services à une clientèle spécifique. Un tel programme peut inclure de 100 à 200 employés et professionnels provenant de différents champs disciplinaires. Il faut ici relever le caractère non proportionnel en nombre d'employés et de professionnels au sein de chaque programme, cette différence est perçue par les gestionnaires de programme comme une iniquité surtout en ce qui concerne le soutien fourni pour faire face à cet écart. Ainsi, le rôle de gestionnaire de programme comporte de plus vastes responsabilités, comparativement à celui d'infirmière(er)-chef.

La gestion par programme-clientèle amène les gestionnaires de programme à devenir des experts en gestion, c'est-à-dire experts en planification, organisation, développement et contrôle des ressources humaines, matérielles, financières et autres, au sein d'un programme, tout en animant les équipes interdisciplinaires, en étant un coach et un leader d'équipes interdisciplinaires. Les gestionnaires de programme sont davantage orientés vers des activités administratives que vers des activités cliniques. Il n'est donc plus nécessaire d'être des experts cliniques dans son propre domaine. Les gestionnaires peuvent être amenés à gérer des programmes dont les soins et services offerts relèvent d'une expertise clinique qui leur est inconnue. En effet, les gestionnaires disent qu'être un gestionnaire prêt à intervenir dans les soins cliniques ne relève plus de leur rôle et qu'il est préférable qu'il en soit ainsi car, soit la spécialité leur est inconnue, soit qu'ils exercent depuis longtemps dans des postes de gestion donc loin du volet clinique.

Le discours des participants à cette étude reflète bien cette réalité. A travers ce qu'ils expriment par rapport à leur rôle, on ressent bien le passage entre ces deux rôles et les modifications qui en découlent au niveau de leurs tâches :

*«L'approche par programme-clientèle nous donne un tout autre rôle, on n'a plus le rôle d'infirmier, infirmière-chef comme on le connaissait antérieurement. On devient de vrais gestionnaires, on devient des gestionnaires de portefeuilles, on devient des gestionnaires d'équipes».*

*« Donc, je suis passé d'un cadre expert, parce qu'anciennement, les gestionnaires étaient, pour la plupart, des gestionnaires experts dans leur domaine[clinique] à un gestionnaire de chiffres, généraliste, moi j'arrivais dans un domaine que je ne connaissais pas du tout, mais vraiment pas du tout. »*

Cependant, ces gestionnaires de programme n'en demeurent pas moins des professionnels en soins infirmiers et démontrent ainsi toujours un attachement à la profession :

*« Je suis toujours infirmier moi. »*

#### *4.3.2. La surcharge de travail*

Le premier constat relevé dans le discours des gestionnaires est la surcharge de travail. Celle-ci apparaît bien réelle et semble liée à l'organisation du travail. Elle est une composante centrale de la souffrance des gestionnaires de programme.

Les multiples réorganisations, dont l'arrivée de la gestion par programme-clientèle, de ces dernières années, et la rapidité avec laquelle elles sont survenues ont engendré un climat d'instabilité, donnant l'impression aux gestionnaires de programme d'un manque de planification. Avec le temps, un mode de gestion de l'urgence s'est installé et a accéléré le rythme du travail. Ils ont l'impression de toujours travailler, travailler, travailler sans cesse. Le discours dévoile le sentiment d'un travail qui est sans limite, sans « fond », sans période d'accalmie. Ce rythme de travail nécessite, régulièrement, d'effectuer de longues heures de travail qui s'éternisent souvent tard le soir et les week-ends :

*«C'est une gestion de crise».*

*«Tu travailles le soir chez-vous».*

*« Il faut tout tout tout faire.»*

*«Depuis l'organisation par programme, les situations d'urgence, des modifications, des ouvertures de département, des changements majeurs, ça se fait en plein été».*

*«C'était vite, vite, vite, on ouvre dix lits de l'autre bord puis on transfère dix lits d'hébergement. J'ai dit: ok, est-ce qu'on peut se donner deux jours pour planifier? Regarder premièrement qui sont les plus facilement transférables de l'autre côté puis planifier cela. Bien ça a été un non catégorique».*

Cette surcharge s'exprime à travers une gestion des ressources humaines qui s'alourdit et se complexifie. Le poste de gestionnaire de programme englobe la gestion d'un programme dans lequel on regroupe plusieurs départements et cliniques. Ce phénomène de regroupement implique une élévation du nombre d'employés et de professionnels de divers champs disciplinaires oeuvrant au sein des programmes. Le nombre d'employés et de professionnels, ainsi que leur champ de pratique, varient d'un programme à un autre selon les services offerts. Ainsi, certains programmes peuvent inclure moins de 100 employés tandis que certains autres comptent plus de 200 employés et cela sans ajout d'aide au niveau administratif. Cette gestion des ressources humaines s'accompagne presque au quotidien d'une gestion de conflits, d'horaires, de problèmes syndicaux, de remplacement de personnel, etc. et de surcroît, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Pour ajouter au problème de remplacement et de pénurie de personnel infirmier, les gestionnaires des programmes-clientèle doivent se référer à un bureau d'assignation du personnel qui s'occupe de gérer pour chaque campus la liste de rappel ainsi que les remplacements à court, moyen ou long terme du personnel infirmier pour chacun des programmes. La main d'œuvre en soins infirmiers compose la majeure partie des professionnels de la santé que l'on retrouve dans les programmes.

*« J'ai environ entre 200 et 230 personnes dans mon programme. J'ai des infirmières, des préposés, des assistants techniques, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes , etc.*

Les nombreux mandats arrivent de toutes parts. Les gestionnaires doivent répondre à ces mandats. Il en découle qu'ils ont moins de temps pour s'en acquitter et cela, avec des ressources raréfiées. De plus, l'ordre des mandats est révisé fréquemment. Autrement dit, ce qui était prioritaire hier ne l'est plus le lendemain. De surcroît, le travail dans son quotidien demande d'assister à de multiples réunions, parfois peu productives, qui grugent un temps précieux et qui servent à transmettre de l'information qui pourrait être transmise d'une autre façon:

*«Ce qui était prioritaire deux semaines avant, ne l'est plus maintenant».*

*«Il y a trop de volume d'activités, ça va trop vite».*

*«Il y a des réunions mais parfois c'est de la perte de temps».*

*«Cela me fait une grosse charge de travail pour une seule personne».*

Lors de leur entrée en fonction, les gestionnaires ont dû intégrer de nombreuses connaissances reliées à la gestion d'un programme-clientèle. Ces apprentissages sont en partie liés à un élargissement du rôle et des responsabilités au sein de la gestion d'un programme-clientèle. Néanmoins, ils se sentent peu soutenus et outillés pour faire face à ces nouvelles responsabilités comme, par exemple, l'évaluation de la pratique clinique des professionnels relevant d'autres disciplines que la leur, l'apprentissage de nouveaux modes de gestion entre les diverses unités de soins qui composent un programme-clientèle. Cette situation ajoute à la surcharge de travail ainsi qu'à la complexité des tâches :

*«Je suis qui moi pour dire, regarde là tes bilans ne sont pas corrects, qu'est-ce que je connais de ça?»*

*«Je suis en train d'apprivoiser le fonctionnement des unités de soins. J'ai de la difficulté car c'est beaucoup de gestion, des gestions différentes entre les différentes unités de soins et services».*

La surcharge de travail est au cœur de la souffrance des gestionnaires de programme. Toutefois, il convient dès lors de dire que, malgré la place centrale accordée à cette surcharge dans les discours et dans les pratiques, les sources importantes de souffrance ont leur origine dans l'insatisfaction profonde face à l'absence de reconnaissance et d'autonomie. Dans ce contexte, à la surcharge s'ajoute un pauvre contenu significatif du rôle ce qui augmente la charge psychique du travail.

#### 4.4. La première illustration du miroir aux alouettes : Un travail en perte de sens

En promettant aux gestionnaires au sein des programmes une fonction et un rôle qui suscitaient le défi de se dépasser et l'apprentissage de nouvelles connaissances, le mode de gestion par programmes-clientèle faisait « miroiter » une promesse qui ne s'est pas réalisée.

##### 4.4.1. *Un travail inaccompli*

L'organisation du travail contient un grand nombre de tâches et responsabilités. La fonction de gestionnaire de programme devrait permettre d'encadrer et d'animer les activités interdisciplinaires liées au programme-clientèle dans le but d'assurer des soins et services continus et de qualité aux usagers qui y sont référés.

Le rôle du gestionnaire, ici du chef de programme, consiste entre autres, à planifier les activités du programme, à développer des projets et à rechercher des solutions innovatrices. Le tout dans le cadre d'une approche de soins et services orientés vers les usagers :

*«Sur papier, un chef de programme c'est censé avoir du temps pour planifier, c'est supposé avoir du temps pour développer».*

*«On est censé avoir du temps pour développer, penser, puis pouvoir se retirer, et puis pouvoir se faire une image».*

*«Avoir une vue en perspective».*

Dans les faits, l'expérience quotidienne de travail révèle un écart douloureux entre ce qui était promis et ce qui est vécu dans le rôle et les tâches du chef de programme. Ceux-ci s'expriment abondamment sur le fait de ne pouvoir accomplir toutes les tâches exigées par leur fonction :

*«Ils nous ont engagés comme chefs de programme pour faire de la planification et du développement. Ça c'est ce qu'on nous a demandé le premier jour. Mais à partir du jour deux, il faut qu'on sache tout ce qui se passe partout, partout, partout. Alors, il devient difficile de faire de la planification et du développement quand l'on doit connaître tous les moindres détails dans chacun de nos secteurs».*

Ainsi, le quotidien du chef de programme est de l'ordre de la gestion de « terrain ». C'est-à-dire, une gestion près de la clinique, près des soins, des infirmières et des professionnels. Beaucoup du temps de travail se passe à faire de la gestion des ressources humaines, d'horaires, de gestion des conflits, etc. . La gestion des ressources humaines prend environ 80% du temps de travail en tenant compte de la coordination des activités des médecins, de la gestion de la pénurie de personnel, etc... Seulement, 20% du temps de travail, selon les gestionnaires (chefs) de programme, peut être consacré à la réflexion nécessaire au développement et à la planification. Le travail réel, au quotidien, se résume ainsi à faire des activités de gestion dites « de terrain », des activités de gestion de premier niveau, c'est-à-dire concernant particulièrement les ressources humaines, laissant peu de place à la planification et au développement du programme et à la réflexion que ces activités



demandent. Il reste peu de temps disponible dans une journée pour accomplir les tâches qui sont sources de satisfaction et qui permettent aux chefs de programme de donner un sens au travail qu'ils réalisent :

*«Je dirais que la plus grande partie de mon temps est occupée vraiment par une gestion de personnel, une gestion des ressources humaines. Il n'y a pas beaucoup de temps pour la planification, pas beaucoup de temps pour les projets, malgré qu'on nous en impose, il faut y aller».*

*«Notre rôle en est un de planification et de développement, mais on n'a pas beaucoup le temps de s'asseoir pour réfléchir puis faire une bonne analyse».*

De plus, les activités quotidiennes se heurtent à de multiples contraintes. L'une de celles-ci est l'assistance presque quotidienne à des réunions qui sont souvent perçues comme peu efficaces et qui ne concernent ni la planification ni le développement des programmes :

*«Au fond, il y a beaucoup de réunions dans lesquelles c'est plus le quotidien qui est interpellé que la planification».*

Une autre contrainte est celle des ressources budgétaires limitées. C'est le travail des gestionnaires de programme d'évaluer les besoins matériels ainsi que les risques inhérents aux activités du programme et de soumettre ensuite des recommandations à leurs supérieurs. Or, cette tâche devient symbolique dans un contexte de contraintes budgétaires car leurs recommandations auront peu d'impact, faute de ressources financières. Le manque de ressources matérielles et bureautiques, telles que l'absence d'imprimante ou d'outils informatiques uniformisés rend plus difficile l'exécution de leurs tâches :

*«Il faut se battre et il n'y a pas de budget nulle part».*

*«Il n'y a pas de secrétariat».*

*«Dans l'établissement, il n'y a pas d'outils informatiques uniformes».*

Finalement, après l'arrivée du mode de gestion par programme-clientèle, une autre réorganisation a eu lieu dans le but d'assainir le déficit budgétaire de l'année 2003-2004. De plus, cette réorganisation coïncidait avec la venue d'un nouveau directeur général. Cette réorganisation a touché la direction des soins infirmiers et des programmes-clientèle (DSIPC) par la suppression de certains postes d'encadrement<sup>20</sup>, diminuant le soutien nécessaire à la réalisation de la fonction du chef de programme et créant une plus grande ambiguïté de son rôle. La diminution des postes d'encadrement (en majeure partie des postes d'adjoint) a accru la charge de travail des gestionnaires de programme. Ces derniers se retrouvent ainsi dans l'impossibilité de déléguer et ils effectuent donc davantage de gestion de ressources humaines :

*«On me coupe un adjoint et c'est moi qui ramasse tout ce qui est la gestion de terrain».*

*«À cause de la lourdeur des tâches qui nous sont données, du peu de soutien que nous avons, on se ramasse finalement à faire du terrain au quotidien».*

Cette réorganisation est venue intégrer les professionnels autres que les professionnels en soins infirmiers, sous la direction d'une nouvelle adjointe à la direction des soins infirmiers et programmes-clientèles. Ce changement aurait entraîné une plus grande ambiguïté de rôle pour les gestionnaires de programmes-clientèles. Cette adjointe à la (DSIPC) devait, selon les gestionnaires de programme,

reprendre la gestion complète des services professionnels au sein des programmes. Cette entente a été perçue, par les gestionnaires de programme, comme partiellement réalisée. Ils se retrouvent dans la situation de devoir continuer de faire, au quotidien, la gestion des activités de ces professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, etc.), tâches dont ils avaient la responsabilité et s'acquittaient depuis l'implantation de la gestion par programme-clientèle, tout en ayant dorénavant un ou une adjoint(e) de moins pour les aider. Selon les gestionnaires de programme, l'adjointe au regroupement professionnel ne s'occupe que d'une infime partie des tâches de gestion. L'adjointe n'ayant pas de définition claire de son rôle dans l'organisation, cette situation rend plus ambiguë le rôle et les tâches du gestionnaire de programme, face à la gestion quotidienne des activités de ces professionnels. Cette ambiguïté crée beaucoup de frustration car elle maintient la responsabilité quotidienne des activités de gestion, tout en enlevant le volet touchant l'autonomie décisionnelle. Cette ambiguïté de rôle donne l'impression que les gestionnaires de programme oscillent entre un rôle de super infirmière(er)-chef et gestionnaire de programme. En effet, au sein des programmes, on retrouve surtout du personnel infirmier et la nouvelle réorganisation rend plus confuse la responsabilité du gestionnaire de programme envers les professionnels des autres disciplines. L'ambiguïté de rôle vécue entre le fait d'être un(e) super infirmière(er)-chef ou être un gestionnaire de programme ne permet peu ou pas à ces gestionnaires de se réaliser au travail et de consolider ainsi une identité naissante :

---

<sup>20</sup> La plupart des postes d'encadrement qui ont été supprimés étaient des postes d'adjoint au chef de programme, toutefois, il y a eu des coupures de poste de chef de programme.

*«Si tu prends la réadaptation, tu fais le quotidien. Sinon, tu la prends pas».*

*«Le rôle là-dedans. Qu'est-ce que je fais là moi? Qui est responsable?»*

*«On me coupe un poste d'adjointe, parce qu'on nous dit on va t'enlever des secteurs, il y a une incohérence épouvantable pour moi en tout cas car on m'enlève un adjoint mais les secteurs ne partent pas».*

#### 4.4.2. Des tâches dévalorisantes et « fourre-tout »

Toutes ces contraintes amènent les gestionnaires de programme à accomplir des tâches qui sont en deçà de leurs compétences, et ils perçoivent ces tâches comme peu gratifiantes, voire dévalorisantes car elles ne sont pas vraiment significatives. Le travail réel consiste, en fait, à exécuter des tâches pouvant être accomplies par une autre catégorie de personnel, par exemple la diffusion de l'information provenant d'une autre direction, la réquisition de porte-poussières, etc.. Une telle situation provoque chez les gestionnaires de programme le sentiment que leurs compétences sont sous-utilisées, accentuant ainsi l'impression que leur travail est pauvre de sens :

*«Cela n'a pas de bon sens quand on a des gens qui aimeraient te rencontrer pour une évaluation ou être là comme un gestionnaire présent, tu t'occupes de commander des porte-poussières et puis j'en passe des affaires».*

*«Tu reçois du courriel qui ne t'appartient pas, deuxièmement, tu reçois des courriels que toi-même tu vas distribuer à ton équipe».*

Les gestionnaires de programme sont en charge de la gestion des programmes et donc de tout ce qui entoure la gestion du processus de soins et services auprès de la clientèle. Ce poste joue donc un rôle central dans l'organisation. Cette fonction laisse croire aux gestionnaires de programme que leur poste est perçu comme un « fourre-tout ». C'est-à-dire que beaucoup de tâches disparates, ne relevant pas de leurs

fonctions, leur sont dévolues. Par exemple, lorsqu'un membre d'une autre direction ou que toute autre personne veut réaliser un mandat et qu'il ne sait pas à qui s'adresser, le mandat est alors envoyé au gestionnaire de programme qui s'en acquittera. Ils deviennent des personnes à qui se référer pour l'exécution de toute tâche, ce qui soulève un doute quant à leurs attributions réelles, accroissant ainsi ce sentiment de devoir tout faire sans pouvoir bien le faire et les empêchant surtout de faire ce qui relève directement de leurs fonctions:

*« Je pense aussi que c'est la mentalité. Tu envoies le mandat au chef de programme, tu es sûr qu'il va se faire, alors c'est cela qu'on fait ».*

*« C'est la DRH qui doit réaliser ce travail, c'est pas les installations matérielles ou les installations techniques qui doivent le faire, mais si ce n'est pas l'un ou l'autre, ça va être les programmes, ça va être les chefs qui vont faire le travail, cela nous est relancé comme une balle ».*

#### 4.5. La deuxième illustration du miroir aux alouettes : la blessure du manque de reconnaissance

Il importe de rappeler la place importante qu'occupe la reconnaissance au travail dans la construction identitaire. Cette dernière se construit à travers la reconnaissance qui se joue, entre autres, dans les rapports sociaux de travail à travers le regard et le jugement que porte l'autre sur le travail accompli. Cette reconnaissance comporte deux dimensions, d'une part, la reconnaissance de l'apport du sujet à l'organisation réelle du travail et, d'autre part, une reconnaissance (au sens de gratitude) pour l'apport du travailleur aux objectifs de l'organisation (Dejours, 2000). L'absence de reconnaissance est au cœur de la situation de travail des gestionnaires de programme et cette absence est source de souffrance. Pour les gestionnaires de programme, ce

manque de reconnaissance pose problème surtout au niveau des relations verticales (hiérarchiques) mais également au niveau des relations horizontales (entre collègues).

#### *4.5.1. Le manque de reconnaissance de la part de la haute direction quant à l'utilité du travail accompli*

Malgré la quantité et la qualité du travail accompli par les gestionnaires de programme, ceux-ci perçoivent une douloureuse non-reconnaissance de la part de la haute direction, quant à l'utilité de leur travail. Cette non-reconnaissance face au travail investi s'exprime, entre autres, lorsque des dossiers, pour lesquels ils sont mandatés, sont présentés comme étant prioritaires mais, une fois complétés, sont mis de côté et parfois oubliés et remplacés par d'autres dossiers jugés à leur tour prioritaires. Le message ainsi adressé aux gestionnaires de programme laisse croire que leur travail n'est guère important et peut être mis de côté :

*«Il ne savent pas ce que l'on fait».*

*«J'irais même jusqu'à dire que des fois on te commande des affaires et puis on les oublie. On oublie de te redemander ton document ou ton travail parce que ce qui était prioritaire deux semaines avant, ne l'est plus maintenant».*

Cette non-reconnaissance de l'utilité et de la valeur du travail accompli s'exprime aussi par le manque de soutien et de moyens octroyés pour réaliser leur travail. La fonction de gestionnaire de programme implique de nombreuses tâches et responsabilités, pour lesquelles ces gestionnaires affirment ne pas avoir les moyens suffisants pour s'en acquitter. Ces moyens sont de divers ordres, tels que le manque de ressources matérielles, informatiques, budgétaires et humaines, etc. . Il semble

qu'il y ait là un message contradictoire qui soit adressé aux gestionnaires de programme :

*«Il y a deux secrétaires pour la direction, pour la directrice et les adjoints, mais évidemment là nous autres, nous n'en n'avons pas».*

La récente réorganisation ayant diminué le nombre de postes d'encadrement est perçue par les gestionnaires de programme comme un manque de reconnaissance. Cette réorganisation atténue le soutien jugé important par les gestionnaires pour la réalisation de leurs tâches et de leurs responsabilités au niveau de la gestion. Cet état de fait semble leur dire que leur travail n'est pas important :

*«Reconnaître la valeur de mon travail pour moi ce serait de me donner de l'aide».*

*«C'est que moi, on me coupe un adjoint, j'ai beaucoup trop de travail, je ne peux pas y arriver avec tout ce travail à accomplir».*

La reconnaissance pour le travail accompli est accordée, entre autres, par la hiérarchie et se révèle comme un jugement sur l'utilité sociale, économique ou technique de la contribution des travailleurs(euses) dans un organisme, une entreprise ou une institution. Tout individu au travail recherche ce jugement, ce qui lui permet de se définir comme sujet. Les gestionnaires de programme semblent privés de ce jugement générateur de satisfaction au travail.

La non-reconnaissance de l'utilité de leur travail va même, selon les participants, jusqu'au mépris. Ils perçoivent, de la part de la haute direction, un manque de respect voire même du mépris, envers le travail réalisé, lorsque celle-ci affirme pouvoir se passer d'un gestionnaire de programme qui prendrait un congé plus ou moins

prolongé (par exemple un traitement différé). Cette situation fait croire à ces gestionnaires de programme que les valeurs prônées par l'organisation, comme le respect, ne semblent pas observées par la haute direction :

*«Les paroles de notre DG ont tout un sens quand il dit : Si je suis capable de me passer d'un cadre pendant trois mois, je suis capable de m'en passer tout le temps. Ça vient enlever tout le sens au travail que l'on fait».*

*«Le respect, parlons-en du respect. On nous demande d'être respectueux mais d'autre part on ne se sent pas respectés».*

Les paroles méprisantes de la haute direction reflètent un manque de respect envers les gestionnaires de programme. Ce manque de respect est aussi perçu comme un manque de reconnaissance envers leur personne.

#### *4.5.2. La non-reconnaissance de l'expertise et de la compétence des gestionnaires de programme*

De par leur expertise, les opinions des gestionnaires sont certes sollicitées mais ils ont rarement l'impression qu'elles seront prises en compte. Ainsi, ils font des recommandations pour l'achat de matériel, voire même pour le remplacement de matériel présentant des risques de défectuosité à court terme, mais ils ne sont pas entendus. Cette non-reconnaissance vient ainsi accentuer davantage la désillusion de ce qu'est devenu le travail réel du gestionnaire de programme :

*«Il y a des choses qu'on a dit à des gens plus hauts que nous autres... on n'a pas été écouté, on dit: «Si tu fais pas ça de même, si on s'en va de même, c'est ça, les conséquences. On le fait pareil et puis on vit les conséquences».*

*«Moi, j'ai apporté énormément de recommandations lorsque j'ai commencé au programme. On ne me croyait pas. On a fait venir une consultante. Ses recommandations étaient semblables à ce que j'ai*



*écrit à la direction. Tu fais la comparaison. J'ai préparé mon plan d'action, puis il n'y a personne qui s'en occupe. Puis, ils ont payé X pour la consultante. C'est de la dépréciation».*

Ce manque de reconnaissance venant de la haute direction est encore plus souffrant lorsque ces gestionnaires de programme doivent appliquer des politiques décidées par d'autres, qui portent à conséquence et les rendent ainsi impopulaires aux yeux des employés et cela, au nom d'une organisation qui ne vient pas les soutenir. A eux seuls, ils assument les conséquences des décisions qu'ils doivent appliquer sans être soutenus par la haute direction. Il en découle qu'ils appliquent parfois des directives qu'ils jugent eux-mêmes indéfendables.

*«Ce que j'ai remarqué c'est que les employés essaient de nous rendre responsables de ce contexte-là, de cet état-là. Mais c'est parce que c'est nous autres qui allons faire imposer la directive. Donc naturellement, c'est nous qui écopons».*

#### *4.5.3. Le manque de reconnaissance des autres directions*

Ce manque de reconnaissance et de respect envers le travail des gestionnaires de programme apparaît également dans les relations professionnelles vécues entre eux et les autres directions. Celles-ci ne reconnaissent pas, au dire des participants, le rôle pivot des gestionnaires de programme au sein de l'organisation. Ils ne se sentent pas considérés comme les clients des autres directions (ressources humaines, services techniques, etc.), dans le service à rendre à la clientèle.

Les gestionnaires de programme perçoivent un manque de soutien et de collaboration de la part de certains chefs de direction qui, eux, peuvent avoir un impact direct sur le déroulement efficace des activités de leur programme. Les

participants affirment que, dans leur interaction avec les chefs des autres directions, ils ont l'impression que ces derniers ne sont pas centrés sur la philosophie du programme-clientèle. Les chefs des autres directions semblent peu se soucier de l'impact de leurs décisions sur les activités et les soins donnés aux clients, à l'intérieur des programmes :

*«Ils ont décidé de tout nous refiler les entrevues de sélection. On ne nous demande pas si nous sommes disponibles? Non. Tu y vas telle date, telle date, telle date. Arrangez-vous pour vous faire remplacer si vous ne pouvez pas y aller».*

*«Ils ne sont pas tous orientés vers l'approche clientèle».*

*«On n'a pas beaucoup de soutien et les gens qui pourraient nous donner du soutien, ils ne veulent pas nous en donner, je pense à l'informatique, etc.».*

*«Parce que toutes les autres directions se déchargent sur nous autres...».*

#### 4.5.4. Le manque de reconnaissance de la part des employés

On l'a déjà mentionné précédemment, la relation de confiance établie avec les employés est une source de satisfaction et de plaisir au travail. Toutefois, les gestionnaires de programme sentent que leur travail n'est pas reconnu par les employés au sein des programmes. Le rôle de plus en plus administratif et donc moins clinique des infirmières devenues gestionnaires de programme diminue leur présence sur les unités de soins. Cette situation brouille les relations avec les infirmières qui étaient habituées à voir le cadre infirmier sur l'unité, prêt à intervenir au niveau clinique. Le travail des gestionnaires de programme est peu connu et moins visible pour les infirmières soignantes. Ce peu de visibilité nuit à la reconnaissance du travail accompli par les infirmières gestionnaires de programme.

*«Moi, je pense que les employés, ils n'ont pas idée comment on peut travailler. Ils ne voient pas ce que l'on fait. On dirait que pour eux, on ne travaille pas».*

*« De l'infirmière-chef qui est là, qui a son bureau sur l'unité et qu'elle a un regard sur tout, on passe à une personne qui passe le matin, pis entre ça tu la rejoins sur son téléavertisseur c'est toute une adaptation pour eux autres là »*

#### *4.5.5. Le manque de reconnaissance de la part des pairs*

La reconnaissance émise en tant que jugement de beauté sur le travail accompli est un autre élément important dans la construction de l'identité du travailleur. Ce sont les pairs qui expriment cette reconnaissance et celle-ci porte sur les savoir-faire. La psychodynamique du travail révèle l'importance primordiale de cette forme de reconnaissance au regard de l'identité, car elle intervient à deux niveaux à la fois. Cette forme de reconnaissance autorise, d'une part, chacun à se sentir intégré au sein d'un collectif ou d'une communauté d'appartenance et, d'autre part, permet la singularité de chacun par la reconnaissance, de la part des collègues, des qualités spécifiques du travailleur.

Force est de constater que dans la présente situation de travail cette forme de reconnaissance est peu donnée aux gestionnaires de programme. Pour que prenne forme la reconnaissance entre pairs, des espaces communs de partage doivent exister; ces espaces permettent au travail accompli d'être visible et c'est là un critère essentiel pour que se manifeste ce type de reconnaissance. Or, les gestionnaires de programme déplorent l'inexistence de ces espaces de partage. Le peu de reconnaissance entre pairs cause d'autant plus de souffrance, qu'avant les restructurations et l'arrivée de la gestion par programme-clientèle, alors qu'ils étaient infirmières(ers)-chefs, ils

bénéficiaient, disaient-ils, d'espaces communs propices aux échanges permettant l'expression de la reconnaissance entre pairs. Ces rencontres leur permettaient d'échanger des savoirs de métier, d'apprendre à se faire confiance et à se respecter au travail. La confiance et le respect sont des éléments nécessaires à la collaboration au travail; ils contribuent à l'essor de collectifs de travail, ce que l'organisation actuelle ne favorise plus :

*«On se serait rencontré au café, j'aurais dit: Je viens d'avoir le même problème. Voici comment moi, j'ai réglé la situation. Cela vient de te donner peut-être une idée».*

Tel qu'évoqué dans la section portant sur les plaisirs au travail, les liens de confiance et de respect mutuel entre les gestionnaires de programme sont encore présents; cependant, ils semblent être des vestiges d'une organisation antérieure à la gestion par programme. Les participants interprètent l'inexistence d'espaces de parole comme étant liée à des contraintes de travail dont le manque de temps occasionné par la surcharge de travail, le manque de travail d'équipe, le mode de gestion par programme-clientèle, etc. . Cette situation entrave la visibilité du travail et ne permet pas la reconnaissance entre pairs:

*«On n'a pas le temps d'échanger».*

*«La gestion par programme nous isole».*

Ainsi, il semble que le collectif de travail qui existait auparavant, avec ses règles d'échanges, d'entraide, de savoirs de métier partagés est en train de se fragiliser, voire même de disparaître. Cette situation diminue la collaboration entre les gestionnaires de programme et les prive de l'important soutien entre pairs, sauf dans de rares occasions où un collègue manifeste un urgent besoin d'aide :

*«Cela m'a frappée de voir comment on était moins unis, qu'on se tenait moins et qu'on était redevenu beaucoup plus isolé au lieu de travailler en partenariat».*

#### *4.5.6. Le manque de reconnaissance envers les soins infirmiers*

Le manque de reconnaissance envers le travail des gestionnaires de programme paraît s'étendre à l'ensemble des soins infirmiers. Les participants perçoivent que la récente réorganisation interne, induite entre autres par des compressions budgétaires, a touché plus fortement les soins infirmiers. Comme ce sont des programmes majoritairement composés de professionnels affiliés aux soins infirmiers, ils ont associé cette réorganisation à un manque de reconnaissance envers les soins infirmiers. Étant infirmières(ers) de profession, cette perception est davantage renforcée :

*«Mais pourquoi, il y a juste nous autres à la DSI qui avons eu tellement de coupures de cadres au niveau budgétaire, y en a-t-il eu beaucoup ailleurs»?*

*«C'est toujours chez-nous, c'est toujours à la DSI qu'on coupe».*

#### *4.6. La troisième illustration du miroir aux alouettes : d'importantes responsabilités avec peu d'autonomie.*

La fonction de gestionnaire de programme implique de grandes responsabilités de gestion, dans un contexte de tâches accrues et d'un rôle plus large. Il appert que pour s'acquitter de sa fonction, le gestionnaire n'a pas toute l'autonomie ou l'autorité nécessaires pour faire face aux responsabilités inhérentes à son rôle.

Pour la psychodynamique du travail (PDT), le travail ne se résume pas à une exécution technique. Il existe toujours une marge d'ajustement obligé entre le travail prescrit et le travail réel. Si l'organisation laisse au travailleur la marge d'autonomie et d'autorité nécessaires pour faire face au réel du travail, alors cet écart, où se joue l'exercice de l'autonomie, devient ainsi source d'équilibre psychologique.

Le rôle du gestionnaire de programme consiste globalement à s'assurer que des soins et services continus et de qualité soient offerts à la clientèle au sein de son programme. Dans ce contexte, ce dernier est responsable de l'analyse des risques inhérents aux activités du programme et doit recommander des solutions, des aménagements ainsi que l'achat de tout matériel ou équipement qu'il estime nécessaire. Or, lorsque les gestionnaires de programme présentent à la haute direction leurs analyses et recommandations, ils ne sont pas entendus et ils n'ont pas la possibilité de défendre les idées et les solutions qu'ils proposent. L'autonomie décisionnelle nécessaire à la solution de certains problèmes leur fait défaut. Ils peuvent participer à la définition des problèmes dans leur programme mais sans avoir cette autonomie leur permettant de régler un problème qui pourrait être résolu à leur niveau. Ainsi, un gestionnaire qui décide d'augmenter la fréquence des sessions de nettoyage des planchers, etc. se heurte à une certaine indifférence des autres directions et il se retrouve dans une situation où il ne possède pas l'autonomie décisionnelle lui permettant de prendre une décision quant à l'augmentation de la fréquence de ce service ni l'autorité pour exiger que cela se fasse. Bien qu'il semble exister une culture encourageant l'autonomie et qu'on veuille donc laisser aux gestionnaires de programme l'autonomie nécessaire à leur fonction, celle-ci ne

s'accompagne pas, dans les faits, de l'autorité nécessaire pour qu'elle soit effective au sein de l'organisation. Les contraintes organisationnelles déjà nommées précédemment telle que les contraintes budgétaires et le manque de ressources sont des obstacles qui limitent l'autonomie décisionnelle.

Cette situation provoque de la souffrance car elle confronte les gestionnaires de programme à un faible niveau d'autonomie décisionnelle. Une telle situation les rabaisse, dans plusieurs cas, au niveau de celui qui applique des décisions prises par d'autres. Par contre, les gestionnaires de programme se sentent responsables de tout problème qui surgit à l'intérieur de leur programme. De grandes responsabilités sans autonomie décisionnelle voilà certes, une importante source de tension psychique :

*«Ils s'en fichent carrément. Le ménage est mal fait. Je rappelle, je rappelle, je rappelle et cela ne se fait pas».*

*«On n'a pas de crédibilité. Moi, je trouve qu'on n'a pas de crédibilité auprès des directeurs».*

*«Je pense que c'est rendu à un point tel qu'à certains égards ce n'est même plus nous qui contrôlons».*

Ce contexte accentue aussi les conflits éthiques vécus par les gestionnaires. En effet, ces derniers, n'ayant pas l'autonomie décisionnelle pour faire appliquer certaines procédures, constatent l'apparition d'incidents mettant en péril la quantité et la qualité des soins et services donnés au sein de leur programme.

#### 4.7. Le conflit éthique

L'une des raisons de la motivation au travail des gestionnaires de programme, réside dans le désir d'offrir des soins de qualité, une prestation de soins et de services

pour lesquels ils se sentent responsables. Cependant, dans un contexte où les normes de pratique clinique et médicale sont souvent perçues comme étant minimales, voire à la limite de l'éthique, cette situation engendre la peur que certains incidents se produisent, ce qui dans les faits arrive. Cette situation vient ainsi mettre en péril la quantité et la qualité des services offerts (non remplacement des appareils usés ou un bris prévisible d'un instrument important pour les soins chirurgicaux ou pour les tests diagnostiques, méthode de désinfection insuffisante, etc.). Le manque de moyens (ici le manque de budget) accroît la souffrance liée à une éthique du travail qui ne correspond pas à la norme et contribue à maintenir la peur, la peur du prochain incident. Les gestionnaires au sein des programmes se sentent dans la position de défendre un système qui, à la limite, est presque indéfendable. Ceux-ci affirment que la non-reconnaissance de leur expertise et le peu d'écoute de la part de la haute direction ainsi que des autres directions, peut transformer des situations problématiques en situations critiques :

*«On possède la connaissance, on le sait c'est quoi. On connaît les conséquences. On essaie d'éviter cela. On met de l'énergie à essayer d'éviter tout ce qui pourrait arriver au cas où, puis nous ne sommes pas écoutés. On n'a pas de crédibilité. Moi, je trouve qu'on n'a pas de crédibilité auprès des directeurs».*

*«J'ai été scandalisé parce que sur les unités de soins, c'est encore les préposés qui lavent les bassines et les urinoirs à la main avec une lavette à vaisselle. Moi, je veux faire descendre ça à la stérilisation. J'ai évalué les coûts, je trouve que c'est pas cher. Mais c'est encore trop cher, je n'ai pas de budget. Pis là j'ai beau leur dire: «Écoutez,...» Le C-difficile n'était pas encore rendu fort. J'ai dit: «peut-être qu'on pourrait diminuer les infections». Je pense que j'aurais même pas mille dollars à investir. C'est pas fait encore».*

*«Moi, je travaille dans un hôpital, je mets la vie des clients presque [en danger], je les rends malades. Oui c'est éthique!»*



#### *4.7.1. Être gestionnaire de programme-clientèle : un administrateur ou un coach?*

Dans ce contexte de gestion de l'urgence, les gestionnaires de programme affirment que les décisions prises par la haute direction, dans un contexte souvent de crise, ne sont pas en accord avec la réalité telle qu'elle se vit sur le terrain. Les politiques ou décisions ne tiennent pas compte des ressources disponibles ou du personnel nécessaire pour les appliquer. Dans ce contexte, les gestionnaires de programme disent ne pas être écoutés lorsque ceux-ci expliquent à la direction les conséquences possibles de l'application de certaines politiques ou décisions. Ces politiques sont souvent appliquées sans les ressources ou le personnel nécessaires. Bien que ces derniers « se battent » pour faire entendre leurs opinions, les décisions sont quand même appliquées. Face à cette situation, les gestionnaires de programme se trouvent pris entre l'arbre et l'écorce. Ils sont coincés entre une direction qui impose l'application de décisions incohérentes et les répercussions que ces dernières engendreront sur le personnel. Ce contexte les place en situation conflictuelle entre deux rôles : celui d'administrateur et celui de leader ainsi que d'animateur d'équipe. Car on retrouve, dans la tâche prescrite, le souhait que les gestionnaires de programme animent leur équipe et créent un climat de travail propice au travail d'équipe mais, par ailleurs, ils doivent appliquer, en tant qu'administrateur, des directives qui viennent brimer ce climat et même briser le lien de confiance qu'ils ont commencé à établir avec leurs employés. Appliquer parfois ces directives incohérentes entre même en conflit avec leurs propres valeurs.

#### 4.8. La gestion par programme : un travail à risque pour la santé des gestionnaires de programme?

Les multiples changements de ces dernières années, l'implantation du mode de gestion par programme-clientèle et l'arrivée annoncée des réseaux locaux de services engendrent, chez les gestionnaires au sein des programmes, une grande incertitude quant à l'utilité de leur poste et à la disparition éventuelle de celui-ci. Une incertitude qui se répercute aussi sur leur statut et leur rôle possible dans l'organisation de la direction des soins infirmiers :

*«Allons-nous continuer à avoir une DSI ou on n'en n'aura pas »?*

*«Moi, ce qui m'inquiète un peu, c'est de savoir si mon programme actuel va rester le même? Est-ce qu'on va encore éclater»?*

*«Nous sommes dans une période de turbulence et l'on ne sait même pas ce qui va advenir de nous autres».*

Ce contexte de travail et les multiples changements et réorganisations ont créé un essoufflement, une plus grande fatigue qui ne s'atténue pas, une impression chez les gestionnaires de programme que le travail peut devenir un risque pour la santé. Ils disent commencer à ressentir divers symptômes physiques tels qu'insomnie et autres problèmes de santé, conséquences selon eux, du rythme et du stress engendrés par l'organisation du travail actuelle et ses divers bouleversements. Les propos des gestionnaires de programme nous apprennent aussi que des collègues sont décédés. Les participants associent les décès récents de certains de leurs collègues aux multiples transformations de l'hôpital, à l'incertitude et au stress engendrés par ces réaménagements :

*«Je suis rendue là, je ne dors plus. Hier matin, je me suis levée en retard. Je ne faisais pas ça avant me lever en retard. En tout cas, j'ai*

*hâte de voir ce qui va se passer avec le réseau, mais oui je me pose des questions».*

*«La situation n'a pas de bon sens, nous sommes en train d'y laisser notre peau».*

*«Il y a un risque pour sa santé à continuer comme ça... C'est un métier à risque».*

*«Nous avons perdu des compagnes».*

*«On a un autre collègue qui s'est suicidé».*

#### 4.9. Les stratégies défensives

Pour faire face au travail et aux contraintes organisationnelles, les travailleurs mettent en place toute une gamme de stratégies défensives. Une stratégie défensive est un moyen mis en oeuvre par un travailleur ou un collectif de travailleurs pour contrer la souffrance, afin de poursuivre le travail et survivre psychiquement. Qu'elles soient individuelles ou collectives, ces stratégies défensives sont souvent développées sans que le travailleur en ait réellement conscience. La souffrance peut être surmontée temporairement par l'utilisation de ces défenses, mais il arrive que celles-ci engendrent une souffrance encore plus grande et vont même, à plus long terme, mettre en péril la santé des travailleurs.

##### 4.9.1. Les stratégies défensives individuelles

Lors de périodes de changement et de turbulence, certaines personnes en sont venues à utiliser la **distanciation** comme stratégie défensive. Ainsi, ils appliquent le «bien faire son travail de façon professionnelle mais sans plus». Par exemple, ils évitent maintenant de s'investir trop rapidement dans un dossier ou un projet qui

pourrait être chamboulé peu de temps après, évitant ainsi la désillusion et la souffrance qui pourraient survenir à cause de cette non-reconnaissance liée à leur travail :

*«Je vais faire mon travail de façon professionnelle, mais sans plus, je vais attendre».*

*«Parce que je me suis dit: «Ben, ça donne quoi de m'envoyer là-dedans à 150 miles, 200 miles à l'heure».*

*«Moi maintenant, j'attends un peu avant de partir en fou».*

Une autre stratégie utilisée par certains gestionnaires de programme est le **retrait**. Dans un contexte où ils affirment être surchargés, ils font souvent de longues heures de travail. Ces heures supplémentaires empiètent sur la vie personnelle et familiale. Il arrive que certains s'autorisent à quitter l'hôpital un peu plus tôt, de façon occasionnelle, pour retourner à la maison et profiter d'un petit temps d'arrêt propice à la réflexion, au repos et aux activités familiales. Cette stratégie permet de tenter de retrouver un équilibre entre le travail et la vie familiale. Ce temps d'arrêt est une stratégie individuelle développée depuis peu pour permettre de mieux s'adapter aux contraintes et au rythme de travail :

*«C'est quoi de partir à une heure, aller dîner. Je ne fais pas cela souvent et puis après aller faire mon épicerie. J'arrive chez-nous avant tout le monde. Quelle soirée agréable je vais passer».*

*«J'ai un fils qui joue au football à l'école. Avant, il n'était pas question que moi j'aie le reconduire. Non, moi il faut que je sois à l'hôpital de bonne heure. Mais maintenant, je prends le temps d'aller le reconduire. C'est le fun parce que tu as quinze minutes, tu as vingt minutes avec lui. Ce que je ne faisais pas avant».*

*«Je n'apporte plus rien chez-nous. Parce que quand je suis chez- nous, je suis avec ma famille».*

*«Depuis que nous avons parlé des téléavertisseurs, le mien est sur mon bureau et il reste là le soir. Je ne l'ai pas 24 heures sur 24 sur moi».*

Une autre stratégie défensive individuelle développée est de parfois privilégier un **arrêt prolongé du travail**. Ce temps d'arrêt qui leur est octroyé par la convention des conditions des cadres, permet aux gestionnaires de prendre du recul et de refaire leurs énergies lorsque le travail a exigé une période d'investissement très intense. Cette stratégie permet ainsi d'éviter de craquer sous la pression :

*«Je suis partie en traitement différé après ça. Parce que j'étais trop fatiguée».*

La **banalisation de la souffrance au travail**. Elle est utilisée lorsque les participants sont confrontés à une réalité de travail (manque de reconnaissance, d'autonomie, de moyens) qui fait peu de sens et à laquelle ils accordent un faible contenu significatif de travail. Cette banalisation s'exprime sous la forme du rire et de l'humour. L'utilisation de l'humour et du rire permettent de diminuer la perception de la souffrance reliée à un travail pauvre en terme de contenu significatif :

*«C'est qu'il y en a dans la gang qui ont un bon sens de l'humour. Alors ça aide beaucoup».*

*«Si tu prends trop ça au sérieux, tu vas tellement te désoler».*

De plus en plus, de façon consciente, les gestionnaires de programme appliquent la stratégie de la « **priorisation entre l'urgent et l'important** ». Le rythme de travail étant toujours de plus en plus rapide, les demandes toujours plus urgentes les unes que les autres, les gestionnaires de programme définissent l'urgence des mandats en choisissant eux-mêmes quelle sera cette priorité. Une telle priorisation se retrouve dans de nombreuses sphères du travail des gestionnaires de programme. Cette stratégie est appliquée, en premier lieu, dans le choix des réunions auxquelles ils sont convoqués. Ainsi, ils jugent de la pertinence d'assister à telle ou telle autre réunion,

en fonction surtout de la nécessité de leur présence; ils se demandent s'ils possèdent l'information nécessaire à apporter lors de cette réunion et quelle est la possibilité d'en actualiser le suivi. Entre gestionnaires, on se partage l'assistance aux différentes réunions, c'est-à-dire qu'un ou une collègue peut assister à une réunion et en faire un compte rendu à l'autre ce qui leur permet ainsi d'avoir l'information nécessaire :

*«Dépendamment des réunions, je commence à être sélectif. Si elle est importante, je vais y aller. Si elle est moins importante, je vais faire le travail que j'ai à faire ici plutôt que d'y aller».*

*«Je me suis organisée avec un autre gestionnaire. La réunion [...]quand elle est à X, j'y vais et si la réunion est à Y, c'est elle qui y va».*

**La priorisation** s'applique aussi afin que les gestionnaires de programme puissent se dégager du temps et ainsi s'acquitter des mandats importants qui leur sont attribués. Cette stratégie leur permet ainsi de se dégager du temps de travail individuel, en solitaire, pour s'accorder un peu de temps de réflexion et arriver à dégager les objectifs et les mandats prioritaires sur lesquels il faut se pencher :

*«Parce que ma petite après-midi qu'il me reste, je pense que je vais mettre une barre dessus pour être certaine de ne pas mettre une réunion à l'horaire »*

Cette stratégie s'applique aussi dans les mandats demandés par la direction. On ne s'empresse pas de s'acquitter de tous les mandats et de produire tous les dossiers au moment exigé. Puisque les gestionnaires ont accumulé beaucoup de dossiers qui ont été traités par le passé et n'ont pas été utilisés, lorsque la direction désire un dossier qui a déjà été traité, ces gestionnaires ressortent le dossier et le réactualisent. Cette forme de priorisation dans l'ordre des choses à faire leur permet de se

concentrer sur des dossiers qui sont vraiment prioritaires pour eux, au moment où la demande de la direction leur parvient :

*« Je n'ai rien envoyé. J'avais pas le temps. Alors j'ai dit: s' ils me disent de prendre ceux de l'année passée «fine». Je n'ai rien envoyé».*

*«Je m'aperçois que, de toute façons, j'ai tellement produit des dossiers qui sont sur toutes sortes de tablettes sans avoir été regardés. Je me dis: bon, je vais en faire un petit peu et quand ils me le demanderont, je remonterai le dossier sur le dessus. Des choses que j'ai entreprises et dont je n'entends plus parler depuis longtemps. Ça va s'en aller en bas».*

L'utilisation de ces stratégies défensives est encore récente et leur application exige une certaine énergie :

*«Mais cela fait tout de même quatre ans que je travaille pour arriver juste à me dire: «Je n'apporte plus rien chez-nous».*

#### 4.9.2. Stratégie individuelle partagée

Les stratégies défensives, même si elles sont individuelles, peuvent être partagées par un ensemble de travailleurs. Le discours des participants révèle l'usage d'une stratégie individuelle partagée à savoir une certaine attitude ambivalente envers leur carrière : **être infirmière et infirmier : une alternative**. C'est une stratégie qui sert un peu de « bouée ». Si la situation ne convient plus, le fait de savoir que l'on peut redevenir infirmière(er) offre une alternative; c'est une pensée sécurisante que de savoir que l'on a la compétence pour faire autre chose.

Une autre porte de sortie mentionnée par les participants, c'est la possibilité, pour certains, de réaliser qu'ils auront bientôt l'âge permis pour prendre une retraite sans pénalité, ce qui laissera la possibilité de poursuivre leur travail selon leurs désirs :

*«Je suis toujours infirmier dans l'âme. Je suis infirmier et je demeurerai toujours infirmier».*

*«J'irais encore pour soigner les gens, ça je pense que nous l'avons dans le sang».*

*«Je suis toujours infirmier, si je veux plus embarquer dans le train, je débarquerai du train».*

*«J'ai hâte à 55 ans et six mois parce que c'est l'âge où j'aurai le droit de prendre ma pleine retraite, sans déduction. C'est pour avoir le choix. Le choix de continuer le temps que je voudrai».*

#### 4.9.3. Stratégie défensive collective

L'on retrouve chez les gestionnaires l'expression d'une stratégie collective, laquelle prend la forme d'une **idéalisation de la directrice des programmes clientèles et des soins infirmiers**. On peut déceler tout au long de leur discours, des propos qui peuvent s'interpréter comme une idéalisation de la personne. Ils voient en elle une personne intelligente, une personne avec du leadership, humaine et travaillante. Les gestionnaires de programme reconnaissent que la directrice est surchargée de travail, qu'elle a pris et prend en charge tous les dossiers « chauds » de la haute direction. Ils en arrivent même, devant la tâche immense de cette directrice, à ne pas vouloir lui demander de l'aide ou la solliciter davantage, voulant l'épargner. Pour les gestionnaires de programme, elle est un modèle, elle incarne un idéal.

Cela dit, les qualités intrinsèques de la personne ne sont nullement questionnées par cette interprétation mais, par cette idéalisation, les gestionnaires de programme finissent par adopter, comme en miroir, des comportements similaires à ceux de leur directrice. Ainsi, ils s'acquittent de plus en plus de mandats et ils se retrouvent dans une position où il leur est difficile, à leur tour, de dire non à la surcharge de travail.



Cette situation les amène à intégrer le fait que ces comportements et l'hyperactivité qui en découle deviennent la norme minimale de travail au-dessous de laquelle il est difficile de descendre. L'idéalisation de cette directrice qui exerce un double mandat, soit ceux de la direction des programmes clientèles et des soins infirmiers, vient aussi protéger et conforter la position de la discipline infirmière au sein de l'organisation. Cela leur permet de continuer de croire que la directrice des soins infirmiers, de par son statut, possède beaucoup de pouvoir dans l'organisation. Cette idéalisation atténue la perception selon laquelle cette directrice n'a peut-être pas toujours gagné toutes les batailles (ex : les coupures des adjoints au chef de programme, rôle mal défini d'adjoint au sein de la direction) et accentue l'idée qu'elle continue toujours à travailler « dur », à revendiquer pour eux. De plus cette stratégie défensive vient aussi atténuer la perception de la non-reconnaissance des soins infirmiers au sein de l'hôpital. C'est un peu comme si, en voyant dans la directrice des soins infirmiers et des programmes-clientèle une personne occupant un poste avec du pouvoir au sein de l'organisation, ce pouvoir rejaillissait sur l'ensemble des infirmiers et infirmières et, cela va de soi, sur eux-mêmes :

*«Notre directrice, elle est excellente, c'est une femme très intelligente. C'est une femme de tête mais elle est aussi très humaine».*

*«Jamais, je ne vais voir la directrice. On se débrouille».*

*«Dans les dernières années, on lui a donné tous les dossiers chauds. Tout ce qui allait mal».*

*«Elle prend tous les problèmes qu'on lui apporte, puis nous, nous faisons la même chose».*

*«Nous la prenons comme modèle».*

#### *4.9.4. L'hyperactivité au travail en tant qu'idéologie défensive*

Au début de ce rapport, nous avons abordé ce que l'on appelle l'idéologie défensive. Les stratégies défensives peuvent s'affermir et se dissocier de la souffrance qui les a fait naître pour devenir une idéologie. L'idéologie défensive se caractérise par un ensemble de comportements valorisés par le collectif de travailleurs. Afin d'obtenir de la reconnaissance, il semble que l'hyperactivité au travail soit le comportement valorisé par les gestionnaires de programme. Ce comportement devient ici une norme de référence à laquelle tous les gestionnaires au sein des programmes doivent se conformer sous peine d'être exclus.

Comment définit-on l'hyperactivité au travail? C'est le dépassement significatif d'une charge raisonnable de travail, pendant une longue période de temps et ce volontairement acceptée (Rhéaume, 2004). Il ne s'agit pas ici de faire quelques heures supplémentaires occasionnellement. L'hyper-travail s'installe lorsque le travail se transforme en une surcharge perpétuelle et qu'il se vit dans l'urgence. L'hyperactivité au travail peut être engendrée par l'organisation du travail qu'exigent les nouvelles technologies de l'information et parfois les nouvelles méthodes de gestion. Par exemple, dans cette enquête, les gestionnaires disent devoir appliquer des directives, telle que l'ouverture d'un nouveau département en quelques jours, manquer de ressources matérielles, financières, etc.. De plus, l'utilisation continue du téléavertisseur ou du courriel permet à chacun d'être rejoint et informé en tout temps, ce qui les oblige à trouver l'information ou la solution au problème de façon immédiate.

Bien qu'il existe dans les faits une réelle surcharge de travail, l'hyperactivité dans le travail se caractérise aussi par ce qu'ajoute l'individu lui-même à cette surcharge de travail, par son attitude ou comportement. Ainsi, les gestionnaires au sein des programmes se plaignent de cette surcharge qui entraîne l'hyperactivité au travail mais, d'un autre côté, parce qu'il existe un manque de reconnaissance, cette dernière vient aussi « nourrir » leur espoir d'être reconnus pour ce qu'ils font dans l'organisation, donc pour eux-mêmes et pour ce qu'ils représentent, c'est-à-dire, la discipline infirmière. Dans ce contexte, ils vont accepter de traiter un dossier de plus, dans un très court laps de temps, de faire des tâches supplémentaires qui ne relèvent pas de leur fonction, etc. afin d'être présents sur tous les fronts et espérer ainsi que leur travail soit vu afin d'être reconnu et, tout cela, de façon inconsciente. En effet, tel que déjà expliqué, pour que la reconnaissance envers le travail accompli se manifeste, celui-ci doit être visible, entre autres, pour la hiérarchie qui pourra octroyer cette forme de reconnaissance.

De plus, l'hyperactivité au travail et le sentiment d'urgence qui en découle nuisent à la réflexion sur ce qui est source de souffrance au travail. Pour se préserver de la souffrance, se surinvestir dans des tâches concrètes redonne du sens au travail et permet de se faire repérer comme étant productif et efficace. L'hyperactivité au travail vécue par les gestionnaires au sein des programmes vient donc fragiliser les liens sociaux. Ce comportement qu'ils ont développé les isole davantage, chacun vivant avec ses problèmes et souffrant d'un manque de temps et d'espace pour échanger avec les autres. Dans ce contexte, le collectif de travail est fragilisé par cette idéologie :

*«Cette semaine, j'ai joué au DSP parce qu'il n'y avait personne qui prenait en charge le médical».*

*«Quand on a décidé de mettre juste deux gestionnaires, on a enlevé un secteur soit celui de la réadaptation où il y a les physiothérapeutes, ergothérapeutes, on l'a donné à un adjoint aux soins infirmiers, qui a été nommé suite à la coupure de gestionnaires dans nos programmes, pour le moment cette personne dit s'occuper des budgets, uniquement des budgets des vacances et de la formation. Le quotidien demeure au chef de programme, donc pour le moment, moi j'ai accepté de faire le quotidien, le temps qu'elle définisse son rôle».*

*«On est des gestionnaires nous autres, on va dire oui pour tout».*

## *Discussion des résultats*

Cette étude visait à mieux comprendre l'expérience subjective de travail vécue par des infirmières gestionnaires de programme<sup>21</sup> oeuvrant au sein d'un centre hospitalier ayant adopté un mode de gestion par programmes-clientèle (GPPC). Ce modèle a considérablement modifié l'organisation du travail des infirmières gestionnaires. La section qui suit discute des principaux résultats : soit le modèle de la GPPC tel qu'implanté dans le milieu à l'étude, le rôle de gestionnaire de programme, les différentes sources de souffrance (la surcharge de travail, le travail en perte de sens, le manque de reconnaissance, le manque d'autonomie décisionnelle et les conflits éthiques) vécues par les gestionnaires de programme, ainsi que les stratégies défensives déployées pour diminuer la perception des sources de souffrance au travail. Cette discussion permettra de mieux saisir l'impact sur l'équilibre psychique des gestionnaires de programme de la GPPC implantée au centre hospitalier X<sup>22</sup>. Les avenues pour la recherche, la gestion, la formation des gestionnaires de programme-clientèle et la pratique des gestionnaires de programme-clientèle, les limites de l'étude ainsi que la conclusion complèteront ce chapitre.

### 5.1. Le modèle de gestion par programme-clientèle au centre hospitalier X

En prenant appui sur les écrits, il apparaît opportun de discuter le modèle de GPPC tel qu'établi au Centre. Cet exercice mettra en lumière les écarts notés entre le modèle de GPPC tel qu'implanté au Centre et les écrits portant sur ce mode de

---

<sup>21</sup> Dans ce chapitre, l'expression gestionnaires de programme remplacera celui d'infirmières gestionnaires de programme afin d'alléger le texte, puisque tous les gestionnaires de programme sont aussi infirmière(ers).

gestion. À l'instar de beaucoup de centres hospitaliers au Québec et à travers le Canada (Bretton, 2000; Leatt et al., 1994), le Centre dans lequel s'est déroulée l'étude fait face à plusieurs changements dans son environnement dont, entre autres, l'augmentation des coûts et le vieillissement de la population à desservir. Il est important de rappeler que le Centre est la résultante de la fusion entre deux centres hospitaliers régionaux. Cette fusion ainsi que le désir de centrer les soins sur les besoins des clients et celui d'améliorer la coordination et la continuité des services,<sup>23</sup> ont porté la haute direction du Centre à privilégier une approche par programmes-clientèle pour restructurer et réorganiser les soins et services. Selon l'étude exploratoire de Bretton (2000), réalisée au Québec, ces motifs rejoignent ceux d'autres hôpitaux québécois ayant également implanté l'approche par programmes-clientèle.

Tel que mentionné dans la recension des écrits, la gestion par programmes-clientèle s'appuie sur une modification de la structure organisationnelle et une réorganisation des processus de soins afin d'offrir des soins de qualité centrés sur la clientèle (Clouten & Weber, 1994; Johnston & Cooper, 1997; Lathrop, 1991, 1993; Mang, 1995). Cela dit, au moment de l'étude, la structure administrative ainsi que les processus de dispensation des soins observés dans le Centre reflétaient peu les principes de la GPPC. Ainsi, l'organigramme indiquait la présence d'une structure très hiérarchisée où les directions conservent un lien d'autorité sur les services

---

<sup>22</sup> Afin d'alléger le texte, l'expression Centre sera utilisée pour désigner le centre hospitalier X.

<sup>23</sup> Source : Planification stratégique 2003-2008 centre hospitalier X

auxiliaires et certaines disciplines professionnelles. La direction responsable des programmes-clientèle est, elle aussi, très hiérarchisée. Or, le modèle théorique de la GPPC préconise une structure administrative décentralisée au profit des programmes-clientèle dans lesquels on retrouve une équipe de professionnels de la santé travaillant en étroite collaboration, afin d'accroître la qualité ainsi que la continuité des services offerts (Clouten & Weber, 1994; Hurst, 1996; Johnston & Cooper, 1997; Lathrop, 1991, 1993; Mang, 1995). La structure organisationnelle du Centre a également pour particularité de privilégier une direction ayant à la fois, la responsabilité des programmes-clientèle et celle de la direction des soins infirmiers. Cette spécificité, propre au Centre, n'est mentionnée dans aucun écrit recensé.

Ainsi, dans ce Centre, les programmes-clientèle se retrouvent sous une direction ayant une double responsabilité des programmes-clientèle, d'une part, et des soins infirmiers, d'autre part. Or, Hurst (1996) mentionne, qu'au niveau hiérarchique, les programmes-clientèle et par le fait même les gestionnaires (chefs) de programme devraient plutôt relever de la direction générale; une telle organisation est caractéristique d'une structure comprenant moins de paliers hiérarchiques. Semblable organisation doit cependant s'accompagner d'une nécessaire délégation de pouvoirs afin de permettre aux gestionnaires de programmes de régler les problèmes qui peuvent l'être à leur niveau (Bretton, 2000). Le maintien de plusieurs paliers décisionnels peut faire en sorte que le pouvoir demeure fortement concentré au niveau supérieur de la structure hiérarchique.



Plusieurs principes sous-tendent le mode de GPPC tels que: le regroupement au sein d'un programme de patients présentant les mêmes besoins (Lathrop, 1991, 1993; Moffit et al., 1993), la décentralisation des services et leur localisation à proximité des patients (Hurst, 1996; Mang, 1995; Moffit et al., 1993), la polyvalence des employés (Lathrop 1991, 1993, Hurst 1996) et la formation mutuelle (Mang, 1995; Moffit et al., 1993) ainsi que le travail en équipe interdisciplinaire (Lathrop, 1991, 1993; Mang, 1995). Ces divers principes sont cependant peu observés au Centre. Si, d'une part, les professionnels de la santé (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététistes, etc.) sont intégrés au sein des programmes-clientèle, les médecins ne semblent pas nécessairement l'être. D'autre part, les services auxiliaires tels que la pharmacie, l'entretien ménager, la buanderie ainsi que les services alimentaires ne sont pas décentralisés dans les divers programmes. Bretton (2000) a constaté ce phénomène dans d'autres centres hospitaliers québécois, ce qu'il explique par un manque d'espace ou des coûts associés trop élevés. Au sein de la direction des programmes-clientèle du Centre, on constate également que les professionnels de la santé autres qu'infirmières, sont soumis à une double autorité hiérarchique: d'une part, ils se retrouvent sous la responsabilité d'un gestionnaire de programme pour ce qui relève du volet clinique de leurs fonctions et, d'autre part, sous la responsabilité d'un adjoint à la direction des programmes-clientèle pour les aspects administratifs de leurs fonctions. Tel que discuté ci-après, cette particularité n'est pas sans effets sur les tâches et le rôle du gestionnaire de programme.

Tel que déjà mentionné dans les résultats, on retrouve au sein du Centre, douze programmes-clientèles répartis sur deux sites géographiques distincts. Certains de ces

programmes sont identifiés par une appellation référant à une clientèle spécifique (ex : le programme «personnes âgées») et d'autres le sont au moyen d'une appellation désignant une spécialité médicale (ex : le programme «médecine»). Cependant, certains programmes tel que le programme médecine, présentent une structure d'offre de soins et services plus particulière. En effet, celui-ci couvre une panoplie d'activités médicales spécialisées adressées à une vaste clientèle présentant diverses pathologies, requérant des soins et services variés. De plus, ce programme inclut des lits de chirurgie visant à absorber un éventuel surplus du programme chirurgie. Étant donné son volume et sa multitude de spécialités médicales offertes, ce programme présente des services plus hétérogènes. Les établissements ont le loisir de définir les programmes selon la clientèle visée, leurs problèmes de santé, leurs besoins spécifiques, le type de services dispensés ou encore selon la spécialité médicale sous-jacente au programme (Bretton, 2000; Leatt et al., 1994). Dans le Centre on retrouve ainsi une diversité d'appellations, associées à des structures différentes.

Au Centre, les programmes sont gérés par des gestionnaires (chefs de programme clinico-administratif), qui sont presque tous des cliniciens professionnels en soins infirmiers. Ceux-ci sont parfois secondés par un adjoint clinico-administratif également formé en soins infirmiers. Dans le modèle de la GPPC, les gestionnaires de programme peuvent ou non être des infirmières(ers) (Bretton, 2000; Johnston & Herman, 1995; Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002). Au moment de l'implantation de la GPPC, le Centre a aboli les postes d'infirmières-chefs et créé des postes de gestionnaire de programme clinico-administratif qui, selon les dires des participants, ont été en majorité octroyés à des infirmières gestionnaires. Clouten et

Weber (1994) se demandent si une infirmière gestionnaire est la personne la plus adéquate pour diriger une équipe interdisciplinaire de soins telle qu'on la retrouve dans une approche par programmes-clientèle. A ce sujet, VanDeVelde-Coke (1999) est d'avis que la gestion d'un programme-clientèle rejoint les compétences des infirmières gestionnaires car ces dernières possèdent des connaissances pratiques et une vision globale sur la manière dont les départements de professionnels et de soutien fonctionnent ensemble, ce qui semble être un facteur facilitant pour la gestion d'un programme-clientèle.

La lecture de divers documents ainsi que les dires des participants dévoilent que la planification et l'implantation de la GPPC au Centre s'est réalisée en un très court laps de temps, soit environ trois mois. L'implantation rapide peut expliquer, vraisemblablement, les écarts discutés précédemment entre les principes de la gestion par programme et le modèle appliqué au Centre. Il appert que l'implantation de ce mode de gestion demande, au préalable, une période de réflexion ainsi qu'une vision claire émanant de la haute direction et partagée par l'ensemble des professionnels et employés (Bretton, 2000). Selon les dires des participants et les divers documents consultés, l'évaluation des besoins à offrir à la population et la consultation auprès des acteurs concernés (internes et externes) se seraient effectuées après la mise en place de la nouvelle structure administrative. Or, le manque d'implication des acteurs dans le processus d'implantation de la GPPC peut entraîner, selon Kerfoot et Leclair (1991), une certaine résistance de la part des directions et des professionnels qui ne sont pas en contact avec le patient. Les résultats de la présente étude témoignent de cette résistance des directions auxiliaires (services techniques, services administratifs,

etc.) par le peu de reconnaissance octroyé envers le travail des gestionnaires de programme et le manque de collaboration avec ces mêmes gestionnaires dans les services à rendre à la clientèle.

Pour conclure cette section, on peut avancer que les principes énoncés dans les écrits comme devant sous-tendre le modèle de GPPC n'ont été qu'en partie respectés alors que d'autres sont tout simplement absents. Clouten et Weber (1994) notent que le fait de modifier les principes du modèle de GPPC peut créer de la confusion quant au principe de base d'offrir des soins centrés sur le patient.

La section qui suit discutera du rôle de gestionnaire de programme tel que conçu au Centre.

#### 5.2. Un changement de rôle : d'infirmière-chef à gestionnaire de programme-clientèle, une double identité ou une identité naissante?

La GPPC a grandement modifié le rôle de l'infirmière gestionnaire (Ingersoll et al., 1999; Johnston & Herman, 1995; Redman & Jones, 1998). Au sein du Centre, les postes d'infirmières-chefs ont été abolis. Des postes de gestionnaires de programme (chef de programme clinico-administratif) ont été créés et, selon les participants, ces postes sont presque en totalité occupés par d'anciennes(ens) infirmières(ers)-chefs. Ces derniers sont responsables d'un programme incluant plusieurs unités de soins ou plusieurs cliniques et regroupant un nombre élevé de professionnels de la santé de divers champs disciplinaires. Plusieurs auteures notent que le mode de GPPC a eu pour conséquence la diminution voire l'abolition du nombre de postes d'infirmières-

chefs d'unités, lesquels ont été remplacés par des gestionnaires de programme-clientèle (Baumann, O'Brien-Pallas et al., 2001; Clifford, 1998; Johnston & Herman, 1995; Moore & Komras, 1993; Parker Shannon, 2002).

Le changement de rôle des infirmières gestionnaires de programme ayant participé à la présente étude confirme les propos de Kerfoot (1993). Cette dernière mentionne que les infirmières gestionnaires habituées à une gestion traditionnelle avec une seule unité de soins selon un mode hiérarchique vertical, doivent dorénavant apprendre à être des gestionnaires selon un mode horizontal, décentralisé, avec un programme au sein de duquel on retrouve plusieurs unités de soins à gérer.

Les résultats de la présente étude, à l'instar de Miller (1999), démontrent que les gestionnaires de programme assurent donc le leadership d'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé. Le rôle du gestionnaire de programme est plus vaste, comporte de plus grandes responsabilités et apparaît plus complexe (Ingersoll et al., 1999; Redman & Jones, 1998).

Les gestionnaires de programme ayant participé à l'étude notent qu'ils assument un rôle de plus en plus axé sur des activités administratives (gestion des ressources financières, humaines, informationnelles, matérielles, etc.) au détriment des activités cliniques (soins aux patients, conversations avec la famille, etc.). L'étude de Redman & Jones (1998) réalisée auprès d'infirmières gestionnaires de programme note aussi cette diminution de l'implication de ces dernières dans des activités cliniques. Cependant, ces auteurs rapportent que les infirmières gestionnaires n'étaient pas

directement impliquées dans les activités de soins avant l'arrivée de la GPPC mais elles étaient plus présentes physiquement dans les unités de soins, donc la GPPC est donc venue diminuer la présence des infirmières gestionnaires de programme dans les unités de soins. Les résultats de notre étude abondent dans ce sens et notent aussi cette diminution de la présence physique dans les unités de soins.

Cependant, l'étude de Fletcher (2001) signale l'accroissement des tâches administratives aussi chez les infirmières-chefs d'unité de soins. Il appert donc qu'il n'y a pas que les infirmières gestionnaires de programme qui sont aux prises avec un accroissement des tâches administratives.

Les résultats de la présente étude indiquent également que, tout en endossant leur nouveau rôle de gestionnaire de programme, les participants maintiennent un fort attachement à la profession infirmière et à ses valeurs. Certains auteurs confirment que les infirmières qui occupent des postes de gestion, apportent avec elles des valeurs reliées à la profession infirmière, valeurs qui les accompagnent et les guident dans leurs fonctions de gestionnaires (Drach-Zahavy & Dagan, 2002; Nyberg, 1990). Les gestionnaires de programme ayant participé à la présente étude sont toutes des infirmières; elles portent en elles les valeurs de la profession.

Le maintien de l'attachement à la profession infirmière des gestionnaires de programme peut aussi s'expliquer par le contexte organisationnel. Les multiples contraintes organisationnelles telles que le manque de ressources humaines, matérielles et financières incitent les gestionnaires de programme à s'acquitter de

fonctions de gestion qui se rapprochent beaucoup du rôle d'un chef d'unité de soins infirmiers mais auprès de plusieurs unités de soins et cliniques. Le passage au mode de GPPC a entraîné l'abolition des postes d'infirmières-chefs d'unité de soins, laissant inachevées des tâches reliées à ce poste, tâches dont les gestionnaires de programme ont à s'acquitter. S'acquitter de ces tâches est d'autant plus facile pour les participants, qui étaient auparavant infirmières-chefs d'unité et donc davantage aptes à gérer les problématiques associées aux soins infirmiers. De plus, ces gestionnaires ne peuvent compter sur l'appui d'adjoints clinico-administratifs ou de secrétaires pour les aider à réaliser les tâches de gestion quotidienne telles que la gestion des ressources humaines qui demandent beaucoup de temps, surtout en période de pénurie de personnel.

Finalement, d'autres caractéristiques inhérentes aux programmes du Centre peuvent contribuer à expliquer le maintien de l'attachement envers les soins infirmiers. Il y a, d'une part, le regroupement des programmes-clientèle au sein de la direction des soins infirmiers. D'autre part, il y a la gestion des ressources humaines occupant, selon les dires des participants, 80% du temps de travail dans un contexte où les programmes-clientèle sont majoritairement composés de personnel infirmier. Ajoutons à cela une structure administrative positionnant les gestionnaires de programme dans une ambiguïté de rôle face à la gestion des activités des professionnels de la santé autres qu'infirmières. Cette situation incite possiblement les gestionnaires de programme à s'investir davantage envers le personnel et les problématiques reliées aux soins infirmiers. Ces caractéristiques permettent de réaliser qu'une majorité des tâches effectuées par les gestionnaires de programme

semblent rattachées de près ou de loin aux soins infirmiers. Dans ce contexte, il est facile de comprendre la loyauté des gestionnaires de programmes aux soins infirmiers.

Les résultats de la présente étude illustrent le fait que les infirmières gestionnaires devenues gestionnaires d'un programme-clientèle expérimentent un changement de rôle et de fonctions. En principe, ces fonctions les amèneraient à effectuer davantage d'activités administratives (planification, développement, gestions de conflits, gestion des ressources humaines complexe) tout en étant leader d'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé. Toutefois, les résultats de cette étude semblent indiquer que les gestionnaires de programme du Centre maintiennent un fort attachement à la profession infirmière et à ses valeurs et leurs tâches ressemblent bien souvent davantage à celle d'une super infirmière-chef. Cet état de fait peut-il devenir source d'une confusion identitaire? L'étude de Rouleau (1999) portant sur la pratique des gestionnaires en période de réorganisation, avait déjà relevé qu'une modification des pratiques de travail engendre une confusion identitaire chez ces professionnels. Les résultats de la présente étude, à l'instar des résultats de Rouleau (1999), indiquent que cette confusion puise ses racines, entre autres, dans une position hiérarchique floue. Si comme l'énonce la PDT, l'identité de métier est le noyau de la santé mentale au travail, cette confusion identitaire vécue par les participants à la présente étude peut constituer un risque pour leur santé.



### 5.3. La surcharge de travail

Plusieurs auteurs ont fait ressortir l'existence d'une importante surcharge de travail pour les gestionnaires de programme (Bretton, 2000; Ingersoll et al., 1999; Luc & Rondeau, 2002, 2003; Redman & Jones, 1998). Notre étude va dans le même sens. La surcharge apparaît dans une large mesure liée à la rapidité des transformations dans les établissements de santé. Elle est aussi associée, selon les participants, à la taille du programme-clientèle, à la diversité et au nombre élevé des employés, au manque de ressources informatiques et matérielles ainsi qu'au manque de soutien administratif (adjoints ou secrétaires). Cet état de fait augmente considérablement la pression et le stress éprouvés par les infirmières gestionnaires de programme. Cette détérioration des conditions de travail des gestionnaires ne semble pas être le seul lot des participants de notre étude. De récentes données (Dusseault & Dubois, 2003) constatent une détérioration des conditions de travail de l'ensemble des cadres du réseau de la santé attribuable, selon ces auteurs, aux multiples réformes du système de santé québécois.

Outre la surcharge de travail bien réelle des gestionnaires de programme, nous verrons plus loin que la problématique de la surcharge se complexifie par l'ajout d'une idéologie défensive qu'est l'hyperactivité au travail.

Une perte de sens du travail est également mentionnée par les participants. En effet, si l'organisation du travail, telle que structurée par la GPPC, a initialement

séduit les gestionnaires de programme, elle a ensuite progressivement laissé la place à un travail empreint de nombreuses désillusions. La section ci-après discute ce fait.

#### 5.4. Un travail en perte de sens

Les participants notent un écart important entre le travail de gestionnaires de programme tel que prescrit par l'institution et le travail réel dans sa quotidienneté. L'organisation du travail comporte diverses contraintes et ces dernières ne permettent pas aux gestionnaires de programme de réaliser la pleine fonction du travail pour laquelle ils ont été recrutés et responsabilisés. Les participants à l'étude déplorent par exemple, le fait de ne pas disposer du temps de réflexion requis pour planifier et développer les objectifs et activités du programme ou pour trouver des solutions novatrices aux problèmes rencontrés. Le quotidien du gestionnaire de programme apparaît principalement consacré à une gestion de premier niveau voire « de terrain ». Cette « petite » gestion grève lourdement le temps de ces derniers car ils disposent de peu de soutien (adjoints clinico-administratif ou secrétaire) pour la réaliser. L'ensemble des contraintes (manque de ressource humaines et matérielles), la structure administrative floue et les multiples mandats qui ne cessent de s'additionner empêchent les gestionnaires de programme de prendre du recul face au travail, de s'octroyer un temps de réflexion nécessaire au développement et à la planification de nouveaux projets au sein de leur programme.

Mintzberg (2002), note également que le travail quotidien des infirmières gestionnaires s'inscrit dans le *doing*, alors que Gosling et Mintzberg (2003) précisent

que ce *doing* se réalise au détriment de la planification et du recul nécessaire à tout gestionnaire, pour ainsi inspirer le personnel et partager sa vision.

L'ajout récent de l'adjoint à la DSI/PC s'avère un autre élément empêchant les gestionnaires de programme de s'acquitter de leur pleine tâche. Selon les participants, cette adjointe a pour mandat de s'occuper du volet de la gestion des activités cliniques ainsi que des activités administratives des professionnels de la santé autres que les infirmières et cela pour l'ensemble des programmes-clientèle. La présence de cette adjointe rend plus confuse la responsabilité du gestionnaire de programme envers les professionnels des autres disciplines. Cette ambiguïté crée beaucoup de frustration chez les gestionnaires de programme car elle maintient la responsabilité de gérer au quotidien les activités cliniques de ces professionnels de la santé, tout en leur enlevant les moyens administratifs qui leur permettent de gérer pleinement les activités d'une équipe interdisciplinaire afin de mieux coordonner la continuité des services offerts. Toutefois, cette responsabilité faisait partie de leur travail avant l'ajout de cet adjoint. Les écrits sur la GPPC (Bretton, 2000; Lathrop, 1991, 1993; Miller, 1999; Van DeVelde-Coke, 1999), reconnaissent que cette responsabilité administrative et clinique de l'équipe interdisciplinaire devrait être entièrement dévolue à chaque gestionnaire de programme. Cette ambiguïté de rôle donne l'impression que les gestionnaires de programme oscillent entre un rôle de super infirmière(er)-chef et gestionnaire d'un programme-clientèle interdisciplinaire car elles/(ils) peuvent sembler s'occuper davantage des soins infirmiers étant donné que les programmes font essentiellement place à du personnel infirmier et que les responsabilités envers les autres professionnels de la santé sont floues.

Cette situation n'offre pas aux gestionnaires de programme le plaisir d'un travail bien accompli. Une recherche d'Aubert (2003) note que les travailleurs (employés ou cadres) de différents milieux déplorent le fait d'être mis dans des situations où ils n'ont pas les moyens d'accomplir le travail qui leur est demandé. Ainsi se construit la conviction que le travail n'a plus de sens. Le résultat du travail n'est pas visible puisque on ne le mène plus à terme; en effet, de nouvelles directives ou nouvelles réorganisations viennent vider le travail de toute sa signification (Aubert, 2003). Il n'y a plus que le travail, on ne voit jamais l'œuvre qui est le produit du travail accompli. Or, selon Aubert (2003), ce qui constitue le plaisir au travail, c'est la satisfaction face à l'œuvre accomplie, celle dont tout travailleur peut être fier et qui conforte l'identité professionnelle de celui qui en est l'auteur.

De plus, la tâche présente peu de contenu significatif lorsque le travailleur la perçoit comme étant en deçà ou au-delà de ses capacités ou compétences (Carpentier-Roy, 1995a). Les résultats de la présente étude démontrent que le contexte organisationnel porte les gestionnaires de programme à accomplir certaines tâches qui sont dévalorisantes (ex : commander des porte-poussières) et faisant peu appel à leurs compétences. Selon les participants, ces tâches pourraient être effectuées par une autre catégorie de personnel. Réaliser des tâches qui ne sont pas à la hauteur de leurs compétences et qui présentent un pauvre contenu significatif est source d'insatisfaction pour les participants. Une telle insatisfaction est engendrée par un sentiment d'inutilité, de non reconnaissance des compétences et des connaissances. Cette situation peut conduire à la souffrance psychique (Carpentier-Roy, 1995a).

Les résultats de l'étude témoignent du fait que le rôle des gestionnaires de programme est perçu par les participants comme un rôle «fourre-tout». Dans l'organisation, ils effectuent plusieurs tâches qui ne leur sont pas officiellement assignées. Parce que les chefs des autres directions ne savent pas à qui attribuer certaines tâches, le gestionnaire de programme devient la personne toute désignée pour les accomplir. Si cette situation augmente sans conteste la charge de travail, elle vient surtout accentuer l'insatisfaction liée au maigre contenu significatif de la tâche : le gestionnaire perçoit que ses compétences et l'importance de son rôle ne sont pas reconnus.

En résumé, les gestionnaires de programme de cette étude exercent un travail qu'ils ne peuvent pleinement accomplir, qui est de plus en plus ambiguë, qui ne mobilise pas pleinement leurs compétences et prend des allures de « fourre-tout ». Ce travail apparaît peu structurant pour la santé mentale au travail. En effet, selon la PDT, tout individu cherche à se réaliser au travail. La recherche d'accomplissement au travail est liée à la quête d'identité professionnelle qui permet à l'individu d'apporter sa contribution à la création sociale (Vézina, 2000). Et l'identité est l'armature de la santé mentale (Dejours, 2000a). Une organisation du travail qui ne permet pas au travailleur de s'accomplir et ainsi de forger son identité est source de déséquilibre pour sa santé mentale au travail.

A un travail qui s'avère peu structurant pour l'identité professionnelle des gestionnaires de programme, vient s'ajouter la blessure du manque de reconnaissance et d'autonomie dans le travail.

### 5.5. La blessure du manque de reconnaissance

Les résultats révèlent que l'une des sources de souffrance des gestionnaires de programme est le manque de reconnaissance. Ce manque s'exprime autant au niveau des relations verticales (hiérarchiques) qu'à celui des relations horizontales (entre collègues). Le manque de reconnaissance de la part de la haute direction vise aussi bien l'utilité du travail accompli par les gestionnaires de programme que la compétence et l'expertise de ces derniers. Les participants considèrent que cette attitude peut se transformer en manque de respect à leur endroit. Reconnaître l'utilité et la contribution du travail des gestionnaires de programme impliquerait possiblement pour la haute direction de faire un constat des lacunes au niveau de l'organisation du travail prescrit, tel que dénoncé par les gestionnaires de programme. Vézina (2000) indique que, pour les directions, admettre les lacunes de l'organisation prescrite du travail, c'est aussi admettre les insuffisances de leur propre travail. Ces insuffisances peuvent être causées entre autres, par des contraintes socio-politiques externes à l'organisation et qui viennent conditionner la disponibilité des moyens mis à leur disposition (Vézina, 2000).

On l'a vu précédemment, la reconnaissance contribue à l'accomplissement de soi et à la construction de l'identité d'une personne au travail (Dessors, 1995). L'identité est le noyau central de la santé mentale au travail (Dejours, 2000a). En fait, le rôle de la reconnaissance au niveau de la dynamique de l'identité s'explique de la façon suivante : la reconnaissance manifestée à l'endroit du travail accompli en tant que jugement (d'utilité ou de beauté) par la hiérarchie ou les pairs donne un sens au

travail vécu, un sens à la souffrance vécue, en permettant au travailleur de s'accomplir, de se créer une identité sociale; ainsi la reconnaissance transforme la souffrance en plaisir au travail (Dejours, 2000a). L'absence de reconnaissance est donc source de tension psychique et de souffrance mentale au travail (Vézina, 2000). En tant qu'élément contributif de l'identité, la reconnaissance est une pierre angulaire de la santé mentale au travail et module la charge psychique du travail (Carpentier-Roy, 1995a).

Les résultats de la présente étude ont mis en lumière la souffrance vécue par les gestionnaires de programme, à cause du manque de reconnaissance de la hiérarchie; ils indiquent aussi le manque de reconnaissance entre pairs. Tel que mentionné précédemment au chapitre deux, la reconnaissance en tant que jugement de beauté revêt une importance primordiale en regard de l'identité, car elle intervient à deux niveaux à la fois. D'une part, cette forme de reconnaissance autorise chacun à se sentir intégré au sein d'un collectif ou d'une communauté d'appartenance et, d'autre part, elle permet la singularité de chacun, les collègues reconnaissant les qualités spécifiques du travailleur (Dejours, 2000a).

Selon la PDT, pour que la reconnaissance entre pairs émerge, il faut que le travail soit visible (Davezies, 1993; Dejours, 1995b, 2000a). Puis ce travail doit s'appuyer sur la collaboration. Or, cette collaboration ne peut être forcée, elle demande du temps pour que s'établissent le respect et la confiance mutuelle (Dejours, 2000a). Cependant, les résultats de l'étude dévoilent que le temps nécessaire à l'émergence du respect et de la confiance entre gestionnaires de programme est restreint à cause de

la surcharge de travail, induite, entre autres, par les multiples contraintes et l'hyperactivité au travail développée par les gestionnaires de programme. Le travail d'équipe et la collaboration sont donc de moins en moins présents. Les espaces de discussion collective sur tout ce qui concerne le travail réel sont inexistantes. La diminution du travail en équipe, le manque de temps et d'espaces de discussion diminue la visibilité du travail et brime l'accès à la reconnaissance entre pairs. Or, cette reconnaissance permet à chaque travailleur de se sentir intégré à un collectif ou à une communauté d'appartenance source de soutien social (Dejours, 2000a). La diminution du travail d'équipe, le manque d'espace de discussion, la surcharge de travail ainsi que l'hyperactivité qui en découle isolent davantage les gestionnaires de programme.

Les résultats de la présente étude mettent en lumière la fragilisation du collectif de travail des gestionnaires de programme depuis l'implantation de la GPPC. S'ils peuvent compter sur le soutien de quelques proches collègues dans l'ensemble les gestionnaires de programme se sentent peu soutenus par un collectif. Peu soutenus, ils se disent isolés.

En ce qui concerne l'isolement des gestionnaires de programme, en partie lié à un manque d'espace de paroles, quelques études réalisées auprès d'infirmières gestionnaires mentionnent également la présence de ces phénomènes (Ingersoll et al., 1999; Marsan, 1999; Redman & Jones, 1998; Westmoreland, 1993).



Les études d'Ingersoll et al., (1999) ainsi que celle de Redman et Jones (1998) rapportent des résultats similaires à la présente étude. En effet, ces auteurs indiquent que les infirmières gestionnaires de programme vivent de l'isolement suite à l'implantation du modèle de GPPC et ceci à cause de la surcharge de travail qui ne laisse pas suffisamment de disponibilité pour leur permettre de rechercher le soutien des collègues. Redman et Jones (1998) ajoutent même que, faute d'un système de soutien, les infirmières gestionnaires en arrivent à développer leurs propres stratégies d'adaptation.

Les résultats de notre étude portant sur le manque de reconnaissance vécu par les gestionnaires de programme du Centre se rapprochent des résultats d'autres enquêtes réalisées avec la méthode de la PDT, dans divers établissements du réseau de la santé au Québec. Cependant, ces études ont été menées auprès du personnel infirmier (Alderson, 2001; Carpentier-Roy, 1990; Lamontagne, 1999). Or, la présente étude illustre que les cadres vivent également de la souffrance occasionnée par un manque de reconnaissance face à leur contribution au sein de l'organisation.

Le manque de reconnaissance au travail paraît ne pas être seulement le lot des infirmières devenues gestionnaires de programme oeuvrant au sein d'une GPPC mais aussi de cadres infirmiers évoluant dans d'autres modes de gestion dans divers établissements du réseau de la santé au Québec, tel que démontré par les travaux de Mayrand-Leclerc et al., (2005). Toutefois, alors que notre étude révèle que le manque de reconnaissance touche principalement l'utilité du travail accompli, l'expérience et la compétence des infirmières devenues gestionnaires de programme, celle de

Mayrand-Leclerc et al., (2005) démontre que les cadres infirmiers considèrent comme prioritaire la reconnaissance salariale telles que l'équité salariale interne et externe ainsi qu'une rémunération proportionnelle aux heures travaillées. En ce sens, nos résultats diffèrent.

Une autre source de souffrance décrite par les gestionnaires de programme et qui est reconnue comme un vecteur des problèmes de santé mentale au travail est le manque d'autonomie réelle qui permettrait de s'acquitter d'une fonction impliquant de grandes responsabilités. La section qui suit en discute.

#### 5.6. D'importantes responsabilités mais peu d'autonomie.

Les résultats de l'étude indiquent que les gestionnaires de programme se perçoivent comme ayant peu d'autonomie décisionnelle dans l'exécution de leurs fonctions et cela, malgré de vastes responsabilités. Selon Luc et Rondeau (2003), les gestionnaires de programme ont à gérer et piloter les décisions cliniques et administratives tout en étant imputables des résultats du programme auprès de la direction. Les résultats de l'étude indiquent que le fait d'assumer de telles responsabilités, sans avoir l'autonomie décisionnelle requise, devient une source de tension psychique importante et génère de la souffrance au travail. Dans ses travaux, Carpentier-Roy (1990, 1995a, 1996) note que les nouvelles pratiques «managériales» octroient aux travailleurs (cadres ou employés) de plus en plus de responsabilités mais sans que ceux-ci détiennent à la source une autonomie réelle et le pouvoir sur l'acte de travail. L'autonomie au travail et son corollaire le pouvoir sont, selon

Carpentier-Roy (1990), d'importants vecteurs de la santé mentale au travail. Ce pouvoir dont parle Carpentier-Roy (1995a) fait référence au concept d'acte-pouvoir de Mendel (1985) lequel se divise en deux volets : d'une part, le pouvoir sur l'acte qui concerne la maîtrise ou non du processus de travail et la maîtrise ou non de la division technique et hiérarchique du travail et, d'autre part, le pouvoir de l'acte qui réfère à la maîtrise ou non par le sujet des effets institutionnels et sociaux de ses actes. Le pouvoir sur l'acte est le besoin qu'a l'individu (cadre ou employé) de contrôler de façon minimale l'acte pour lequel il s'est formé et est responsabilisé (Carpentier-Roy, 1995a). Cependant, comme l'indique Carpentier-Roy (1995a), dans un contexte où le travail se complexifie et où les nouveaux modes d'organisation du travail et de gestion tendent à accroître la responsabilisation des travailleurs, l'autonomie au travail ne s'accompagne pas toujours du pouvoir sur l'acte, lui enlevant ainsi son potentiel valorisant.

Cette étude auprès des gestionnaires de programme révèle cette tendance. Leur travail comporte de grandes responsabilités tant au niveau de la gestion du personnel qu'à celui de la gestion des processus de soins et services au sein du programme-clientèle. Cependant, le discours des participants souligne le manque d'autonomie décisionnelle et de pouvoir sur l'acte qui leur permettrait de mieux investir la marge de manœuvre entre le travail prescrit et le travail réel. En effet, les gestionnaires de programme de la présente étude arrivent à définir les problèmes rencontrés; ils établissent des scénarios pour trouver des solutions aux problèmes mais ils ne peuvent prendre ou être impliqués dans les décisions finales ce qui ferait en sorte qu'il puissent réaliser tout le processus de gestion et être responsables de la logistique

organisationnelle du processus de soins et services au sein du programme. L'octroi de l'autonomie et du pouvoir sur l'acte leur permettrait, selon l'expression de Carpentier-Roy (1995a), de voir « le bout de leurs actes » c'est à dire, la finalité de leur travail et la réalisation de leur œuvre. Le fait d'intégrer pleinement les gestionnaires de programme dans les prises de décision en lien avec leur programme redonnerait à ceux-ci la marge d'autonomie et le pouvoir sur l'acte nécessaire au contrôle des activités de gestion. Semblable situation rendrait possible un meilleur équilibre psychique dans le travail et procurerait de la satisfaction ainsi que du plaisir au travail. Comme le mentionne Carpentier-Roy (1990), le plaisir au travail est un état de bien-être psychique lorsque le travail permet à l'individu de satisfaire ses désirs de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir.

Le manque d'autonomie et de pouvoir révélé par la présente étude chez les gestionnaires de programme-clientèle, corrobore les résultats d'Ingersoll et al.,(1999). Ce fait est d'autant plus étonnant que la GPPC comme mode de gestion décentralisé (Bretton, 2000; Lathrop, 1993; Luc & Rondeau, 2002, 2003) confère normalement plus de responsabilités aux chefs de programme (Ingersoll et al., 1999; Luc & Rondeau, 2003; Redman & Jones, 1998). Les gestionnaires de programme devraient donc se voir attribuer une plus grande latitude dans la gestion des opérations et des ressources (Luc & Rondeau, 2003). Bretton (2000) note également que dans les expériences d'implantation de la GPPC au Québec, peu d'autonomie et de pouvoir sont octroyés aux gestionnaires de programme-clientèle. Les résultats de la présente étude abondent dans ce sens. Il est permis de penser que le manque d'autonomie et de pouvoir des gestionnaires de programme résulte d'une structure fortement

hiérarchisée et qui maintient le pouvoir décisionnel dans les instances supérieures. Il y a lieu de se demander si la préservation d'une structure hiérarchique dotée de plusieurs paliers décisionnels et d'un pouvoir centralisé ne permet pas aux directions de garder le contrôle sur les décisions et, dès lors, sur les ressources financières.

L'expérience du manque d'autonomie porte les gestionnaires de programme à vivre d'importants conflits éthiques au travail, conflits dont il sera maintenant question.

### 5.7. Les conflits éthiques

L'expérience de travail vécue par les gestionnaires de programme dévoile la présence de conflits éthiques. Il appert que les conflits éthiques vécus par les gestionnaires de programme découlent du peu de reconnaissance de leur compétence et de leur expérience, du peu d'autonomie décisionnelle et d'un manque d'implication directe dans les prises de décision administrative. De plus, il est possible que les contraintes budgétaires importantes que subit le Centre poussent les intervenants à une pratique à la limite de l'éthique.

Les gestionnaires de programme se retrouvent partagés, d'une part, entre le fait d'offrir à la clientèle des soins et services de qualité, élément central de la profession infirmière et de la mission du Centre et, d'autre part, entre les contraintes d'efficience économique et organisationnelle. Une autre source de conflit découle de l'obligation d'appliquer des directives administratives auxquelles les gestionnaires de programme

n'adhèrent pas; ces directives vont à l'encontre de leurs valeurs et sont susceptibles de nuire à leurs relations avec les employés. Ainsi, cette situation décrite par plusieurs est celle où ils doivent obliger sans préavis une infirmière à effectuer des heures supplémentaires à la suite d'une journée régulière de travail, tout en sachant que cette dernière est monoparentale et doit aller chercher son enfant à la garderie.

Certains écrits mentionnent que des professionnels en soins cliniques qui accèdent à des postes de gestion peuvent vivre des conflits éthiques (Brueckner, 1978; Burgoyne & Lorbieckie, 1993). Ainsi, des infirmières gestionnaires vivent parfois des conflits entre les valeurs de la profession infirmière et les valeurs bureaucratiques lesquelles ont souvent été prônées pour des raisons économiques et d'efficience (Nyberg, 1990). Il convient de se rappeler que la formation des infirmières gestionnaires est fondée sur les valeurs de la discipline infirmière telles le *caring*, l'empathie, les soins de qualité centrés sur la personne. La gestion des soins s'appuie aussi sur des théories administratives issues d'autres disciplines (Kérouac, Pépin, Ducharme & Major, 2003; Nyberg, 1990; Ray, 2001). Aussi, les infirmières gestionnaires ont à trouver un équilibre entre les valeurs issues de la profession et les valeurs administratives (Nyberg, 1990). Cet équilibre peut cependant, être difficile à trouver et à maintenir dans un contexte de rareté de ressources humaines, financières et matérielles. Gaudine et Beaton (2002) indiquent que les récentes rationalisations dans le système de santé ont amené les centres hospitaliers à prendre des décisions difficiles en termes d'allocation des ressources budgétaires, exposant ainsi les infirmières gestionnaires à de possibles conflits éthiques vis à vis leur organisation.

L'exploration de l'expérience de travail des infirmières gestionnaires oeuvrant au Centre selon une gestion de GPPC révèle une organisation du travail source de souffrance psychique et laissant peu de place au plaisir, à l'accomplissement de soi et à la consolidation de l'identité professionnelle. Il y a lieu de se demander comment font les gestionnaires de programme pour être en mesure de poursuivre leurs activités. Dans un tel contexte, comment font-ils pour continuer à venir au travail chaque jour? C'est ce qui sera discuté ci-après.

### 5.8. Les stratégies défensives

Il ressort des résultats de l'étude que les gestionnaires de programme aiment leur travail, et ce en dépit d'une organisation du travail qui est source de souffrances. Il est pertinent de se demander comment ils font pour entretenir leur intérêt et leur attachement au travail malgré la souffrance psychique vécue?

Comme le démontre la psychodynamique du travail PDT, face à la souffrance l'individu au travail ne reste pas impassible, il développe des stratégies défensives pour s'en protéger. Ces stratégies ne modifient pas les sources de souffrance mais diminuent la perception de celle-ci (Alderson, 2001) afin, ainsi, de demeurer en santé.

Cette étude met en lumière le fait, qu'en réaction aux souffrances engendrées par l'organisation du travail, les gestionnaires de programme développent des stratégies défensives. Principalement individuelles, les stratégies les plus observées sont : la distanciation, le retrait du travail, l'arrêt prolongé de travail, la banalisation de la

souffrance au travail, la priorisation des demandes ou mandats urgents et la possibilité d'envisager l'alternative de redevenir infirmière soignante.

Les résultats dégagent une stratégie défensive plus collective, soit: l'idéalisation de la directrice des programmes-clientèles et des soins infirmiers. Cette idéalisation, partagée par l'ensemble des participants entrave les gestionnaires de programme pour solliciter le soutien dont ils auraient besoin car ils perçoivent que celle-ci est débordée de travail et ne veulent donc pas la surcharger davantage. Ils se débrouillent « tout seuls ». Ainsi, alors que le soutien des supérieurs est perçu comme essentiel par les infirmières gestionnaires, en période de changements organisationnels (Knox & Irving, 1997), les résultats de l'étude dévoilent que la stratégie défensive de l'idéalisation de la directrice des programmes-clientèle et des soins infirmiers freine l'accès à la recherche de soutien auprès de celle-ci. Le recours à cette attitude a pour effet d'isoler encore davantage les gestionnaires de programme et de les laisser seuls avec leurs problèmes. Le soutien social (des supérieurs ou collègues) est, en effet, considéré comme une variable modératrice des effets de la tension au travail (Johnson & Hall, 1988).

Cette idéalisation amène les gestionnaires de programme à penser que la directrice (DSI/PC) travaille constamment pour la profession infirmière mais elle vient enrayer la perception que celle-ci, malheureusement, a perdu plusieurs batailles et que parfois elle prend des décisions malencontreuses (nommer une adjointe qui empiète sur les responsabilités des gestionnaires de programme, par exemple).



Les résultats de la présente étude indiquent également, la présence d'une idéologie défensive de métier, développée par les gestionnaires de programme-clientèle, soit : l'hyperactivité au travail. L'idéologie défensive de métier est avant tout une stratégie défensive qui se radicalise au point de devenir une fin en soi. Elle se dissocie de la souffrance qui l'a fait naître afin de devenir son contraire, soit une source de plaisir (Maranda, Rhéaume, Saint-Jean & Trudel, 2003). L'idéologie se définit comme un ensemble de comportements défensifs valorisés par l'ensemble des travailleurs et spécifiques à une organisation du travail et ses contraintes. Ces comportements deviennent une norme de référence qu'on ne discute pas et à laquelle on se conforme sous peine d'être exclu (Vézina, 2000). Pour les gestionnaires de programme du milieu à l'étude, l'hyperactivité apparaît, en effet, comme un comportement généralisé, considéré comme normal et volontairement accepté. Cette défense est spécifique à l'organisation du travail et ses contraintes car elle répond aux besoins du mode de gestion qui exige une plus grande charge de travail du gestionnaire de programme. Cette surcharge de travail et les contraintes organisationnelles, transforment les comportements au travail et suscitent l'hyperactivité.

L'hyperactivité au travail telle que développée par les gestionnaires de programme de la présente étude s'observe également dans une autre étude réalisée auprès de cadres de différents milieux de travail (de Gaulejac, 2005). L'hyperactivité peut se définir, selon Rhéaume (2004), « comme une surcharge de travail dépassant de façon significative une charge dite normale; elle se manifeste de façon soutenue dans le temps et elle est acceptée volontairement ». L'hyperactivité est souvent une

réponse à une nécessité engendrée par l'organisation du travail même si, dans les faits, elle relève d'un «choix» personnel, dans un contexte où les définitions de tâche sont floues (de Gaulejac, 2005) et où le manque de ressources matérielles, humaines et financières se fait sentir au quotidien. L'hyperactivité au travail n'est pas seulement créée par l'organisation du travail; elle est aussi la résultante de ce que l'individu ajoute de lui-même par ses comportements ou son attitude (Aubert, 2004; Rhéaume, 2004). Le travailleur veut ainsi prouver son existence en démontrant aux collègues et aux patrons, l'ensemble du travail accompli et l'utilité de son travail. Son espoir est d'accéder à la reconnaissance de l'utilité de son travail; une reconnaissance, hélas, de moins en moins présente dans les divers milieux de travail (Rhéaume, 2004). Ainsi, outre le fait que l'hyperactivité se soit développée chez les participants, en lien avec les besoins de l'organisation, ce comportement résulte d'un «choix»; l'hyperactivité est devenue la norme comportementale afin de «faire voir» leur travail et de recevoir en retour la reconnaissance tant désirée. De plus, l'idéalisation de la directrice des soins infirmiers et des programmes-clientèle, qui elle même semble être dans l'hypertravail (à s'en rendre malade selon les participants) vient leur servir de modèle.

Plusieurs chercheurs ont établi des liens entre d'une part, les nouvelles formes d'organisation du travail résultant de nouveaux modes de gestion centrés sur l'excellence et, d'autre part, le surinvestissement des employés au travail (Aubert, 1992; Aubert & Gaulejac, 1991; Carpentier-Roy, 1995c; de Gaulejac, 2005; Goffart, 2004; Maranda et al., 2003). Ces nouveaux modes de gestion valorisent la responsabilisation, l'adaptation permanente et le dépassement de soi; ils exigent des

travailleurs une adhésion, voire une identification aux valeurs prônées par l'organisation et engendrent de la part des employés, un surinvestissement dans la sphère du travail, dans l'espoir de récolter l'indispensable reconnaissance (Aubert, 2003; de Gaulejac, 2005)

Le mode de GPPC choisi par le Centre privilégie une gestion orientée vers l'excellence. Il prône, en effet, une efficience accrue dans la prestation des soins et une adhésion de l'ensemble du personnel aux valeurs de la GPPC. Bien que les sources de plaisir au travail soient peu nombreuses, l'une d'entre elles, soit le plaisir d'offrir une continuité des soins centrés sur le client, illustre leur adhésion aux valeurs reliées à la GPPC. Cette adhésion s'accompagne d'un surinvestissement dans le travail.

#### 5.9. La contribution de l'approche de la psychodynamique du travail

L'apport de la PDT dans cette étude a permis de mettre en lumière l'utilisation de stratégies défensives face aux dimensions souffrantes du travail chez les cadres infirmiers. Une étude réalisée par Laschinger et al. (2004) révélait qu'en dépit du taux élevé d'épuisement professionnel exprimé par les gestionnaires infirmiers (épuisement émotionnel > 3.0 sur un score totale de 6.0) et une énergie déficiente (niveau d'énergie > 3.0 sur un score total de 6.0), ceux-ci affirment que leur santé physique et mentale est bonne. Ces auteurs recommandaient la réalisation d'études qualitatives pouvant éclaircir ces résultats quelque peu étonnants. Les résultats de la présente étude éclairent la question, en faisant ressortir la présence de stratégies défensives déployées par les participants. Tel que déjà évoqué, l'usage de stratégies

défensives relève d'un processus visant à diminuer la perception des éléments de l'organisation du travail qui sont sources de souffrance, permettant ainsi aux travailleurs (ici, les gestionnaires de programme) de maintenir un équilibre psychique et donc de préserver leur santé. Il faut savoir que les défenses utilisées de façon excessive et pendant une longue période, ne sont pas sans avoir des conséquences négatives sur la santé des individus qui risquent alors de voir leurs capacités de défense fragilisées et de constater l'apparition de malaises d'ordre physique (Alderson, 2001, 2004b; Dejours, 2000a). Les résultats tendent à démontrer une utilisation excessive des stratégies défensives. Les participants à la présente étude expriment ainsi des malaises physiques ressentis par la majorité d'entre eux, tels insomnie, troubles gastro-intestinaux, etc..

#### 5.10. Des sources de plaisir brimées

Si le travail est considéré comme une source de plaisir, d'accomplissement de soi, d'identité et donc comme un gardien de la santé mentale, il est aussi une source de souffrance et d'éventuels problèmes de santé (Alderson, 2004b; Carpentier-Roy, 2001).

Les résultats de la présente étude illustrent à leur façon que le travail des gestionnaires de programme, outre le fait de comporter plusieurs dimensions souffrantes s'avère néanmoins porteur de sources de plaisir tels que: l'engouement envers la GPPC, l'organisation et la gestion d'un processus de soins et services de qualité, la fierté du travail bien fait, l'innovation dans le travail, l'apprentissage lié à la GPPC, la relation de confiance avec les employés et leurs collègues et l'entraide

entre ceux-ci. Ces plaisirs sont cependant amoindris par les diverses sources de souffrance en lien avec l'organisation du travail.

L'engouement des cadres infirmiers pour la GPPC a progressivement fait place à la désillusion. La métaphore du miroir aux alouettes illustre ce phénomène. En effet, la GPPC a provoqué initialement un engouement chez les gestionnaires de programme, tel un miroir scintillant qui attire. Cependant le travail réel s'est vu accompagné petit à petit de diverses désillusions. Le miroir s'est transformé en piège. L'organisation du travail, telle qu'instaurée au Centre, permet peu aux gestionnaires de programme de réaliser pleinement les fonctions pour lesquelles ils ont été choisis et pour lesquelles ils ont été responsabilisés, privant ainsi ceux-ci ces d'une part, du plaisir d'organiser et de gérer le processus de soins et services et d'autre part, de la fierté d'un travail bien fait.

Ainsi, les sources de plaisir sont souvent atténués par des sources de souffrance. La section suivante vise à dégager des avenues découlant de cette recherche.

### 5.11. Avenues

A partir des résultats de l'étude, la section qui suit dégage les avenues pour la recherche, la gestion, la formation ainsi que pour la pratique de l'administration services infirmiers.

### *5.11.1. Avenues pour la recherche*

Les résultats de la présente étude ont levé le voile sur l'expérience de travail des infirmières gestionnaires de programme-clientèle. Cependant, cette étude s'est réalisée auprès d'un petit échantillon d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle et cela, au sein d'une seule organisation. De futures recherches pourraient utiliser la même méthode mais auprès d'un échantillon plus vaste constitué d'un collectif ou de plusieurs collectifs d'infirmières gestionnaires de programme-clientèle et répartis dans plus d'un centre de santé. Il serait intéressant aussi d'explorer dans une recherche future, en utilisant la méthode d'enquête de la PDT, l'expérience subjective de travail de gestionnaires de programme-clientèle qui ne sont pas professionnels en soins infirmiers.

Il serait pertinent de répéter cette étude dans un établissement de santé où le modèle de gestion par programme-clientèle respecterait toute les caractéristiques inhérentes à ce modèle de gestion.

### *5.11.2. Avenues pour la gestion*

Les résultats de cette étude ont mis en lumière une expérience subjective de travail empreinte de souffrance. Plusieurs dimensions de l'organisation du travail sont, en effet, sources d'insatisfaction pour les gestionnaires de programme-clientèle. Ces dimensions entravent la capacité de ces cadres de réaliser les mandats pour lesquels ils ont été recrutés et pour lesquels ils sont responsabilisés. La surcharge de travail et le manque d'accessibilité aux ressources, d'autonomie et de reconnaissance

des gestionnaires de programmes nuisent à la bonne marche de gestion du processus de soins et services offerts à la clientèle au sein des programmes.

Il appert que les supérieurs, au sein de la haute direction, ont à écouter davantage et à mieux comprendre la parole des gestionnaires de programme en ce qui a trait aux éléments de l'organisation du travail qui sont sources de plaisir et de souffrance. Dans le but de tenter, en partenariat avec les gestionnaires de programme, de transformer les dimensions du travail qui sont sources de souffrance en sources de plaisir, la direction des programmes-clientèle et des soins infirmiers ainsi que les administrateurs auraient à se préoccuper de la surcharge de travail des gestionnaires de programme. Il conviendrait de réviser le ratio d'encadrement, d'ajouter des adjoints administratifs, de réviser la quantité et la durée des réunions ainsi que leurs buts et de s'assurer que les membres soient bien représentés. Il importerait de veiller à ce que les ressources administratives, matérielles, budgétaires et humaines soient suffisantes afin de créer de meilleures conditions de travail, ce qui permettrait aux gestionnaires de programme de s'acquitter des fonctions pour lesquelles ils ont été retenus et ont été responsabilisés. Ces conditions de travail améliorées contribueraient à la création d'un environnement de travail qui serait davantage source de plaisir et d'équilibre psychique au travail (Alderson, 2004b).

A cet effet, il faut noter l'ouverture dont a fait preuve la haute direction du Centre lors de la réception du rapport de recherche et le dialogue qui semble s'instaurer entre la haute direction et les gestionnaires de programme. Il serait souhaitable de créer un environnement de travail sain pour les gestionnaires de programme ce qui favoriserait

une meilleure rétention des cadres en poste et susciterait la relève (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2001b).

#### *5.11.3. Avenues pour la formation des gestionnaires de programme-clientèle*

Les gestionnaires de programme ayant participé à cette étude ont mis en lumière le fait que l'arrivée de la GPPC leur demande de faire de nombreux apprentissages dans la mesure où ils sont appelés à jouer un rôle plus important et qu'ils ont de plus grandes responsabilités de gestion. Peu d'outils ou de séances de formation sont disponibles pour les infirmières cadres qui accèdent à un poste de chef de programme clinico-administratif. Les centres hospitaliers qui pensent instaurer ou sont en voie d'implanter une approche de GPPC devraient prévoir des activités de formation en cours d'emploi afin que les infirmières ou les autres professionnels cadres de la santé qui obtiennent des postes de gestionnaires de programme puissent en profiter. Ceci leur permettrait de mieux s'outiller et de faire face à une gestion des ressources humaines de plus en plus complexe.

Il serait important pour les maisons d'enseignement d'offrir un programme en gestion des soins infirmiers tant lors de la formation initiale qu'au niveau des études supérieures. Ce programme devrait s'employer à offrir des cours permettant aux infirmières gestionnaires de faire face à leur nouveau rôle et à l'accroissement de leurs responsabilités. Ces programmes permettraient d'attirer et de mieux préparer la relève en gestion des soins infirmiers qui fait actuellement défaut.



#### *5.11.4. Avenues pour la pratique des infirmières gestionnaires de programme-clientèle.*

Les participants de notre étude réclament, à grands cris, que les moments d'échange et de partage entre collègues soient plus fréquents. Ces espaces de discussion pourraient prendre la forme de rencontres hebdomadaires ou mensuelles, planifiées et choisies par les gestionnaires de programme au moment le plus opportun pour eux. Ces rencontres pourraient favoriser les échanges de façon régulière sur ce qui est vécu au travail, faciliter les échanges sur les savoirs de métier et stimuler le mentorat entre les gestionnaires ayant une plus grande expérience de gestion et la relève.

Des temps de rencontres pourraient aussi être établis et avoir lieu à l'extérieur de l'établissement afin d'éviter que le travail des gestionnaires de programme soit fréquemment interrompu. Ces activités permettraient aux gestionnaires de programme de pouvoir amorcer des activités de réflexion, faire la planification des objectifs du programme et stimuler le développement de projets et d'activités qui sont sources de plaisir. Ces rencontres seraient également l'occasion de soumettre au jugement des pairs le travail réalisé par chacun, élément essentiel à la reconnaissance entre collègues, et de développer des liens de confiance. La reconnaissance du travail accompli exprimée par les pairs et le développement de lien de confiance sont des éléments nécessaires à la création de collectifs de travail qui à leur tour, apporteraient un certain soutien au niveau social.

### 5.12. Limites de l'étude

La section qui suit expose les limites inhérentes à la présente recherche à savoir : les limites méthodologiques, les limites de l'approche de la PDT ainsi qu'une limite liée au contexte du milieu à l'étude.

Il importe de souligner que le type d'échantillon composé de volontaires peut être biaisé «par un fort effet de sélection» (Van Der Maren, 1996, p. 325). En effet, le sujet volontaire peut être directement intéressé par les effets escomptés de la recherche ou par la valorisation sociale. Les critères de sélection retenus lors du recrutement des participants visaient à s'assurer que la personne recrutée possédait les caractéristiques nécessaires pour répondre à la question de recherche et qu'elle était en mesure d'apporter une contribution au but de l'étude. La méthode de la PDT privilégie le recours à des volontaires car elle cherche à comprendre l'expérience subjective au travail grâce à une parole libre et vraie et reflétant véritablement l'expérience subjective vécue au travail.

Une autre limite de l'étude réside dans la taille de l'échantillon composé de six participants. La taille du collectif d'enquête est réduite, entre autres, parce que les entrevues avaient lieu pendant les heures de travail et les participants à l'étude devaient étaler le travail prévu sur d'autres plages horaires. De plus, l'étudiante chercheuse n'a pu rencontrer personnellement l'ensemble des infirmières gestionnaires de programme afin de leur présenter l'étude.

Le centre où s'est déroulée l'étude a vécu, comme beaucoup d'établissements du système de santé, de nombreux changements au cours des dix dernières années. Les propos des participants portant sur leur expérience subjective de travail font écho à ces multiples changements des dernières années. Les résultats de l'étude lèvent le voile sur l'expérience subjective de travail des gestionnaires de programme-clientèle au sein d'un mode de GPPC. Cependant, les résultats sur l'expérience de travail vécue des infirmières gestionnaires de programme ne sont pas seulement attribuables au mode de GPPC mais aussi aux autres transformations vécues dans le passé. En effet, la méthode de la psychodynamique du travail vise à comprendre dans sa globalité l'expérience de travail vécue par les participants. Cependant, l'étudiante-chercheuse croit, que dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, il est difficile pour toute étude s'intéressant à l'expérience de travail du personnel du réseau de la santé, de ne pas considérer les diverses transformations qui ont eu cours dans les dernières années.

Une limite inhérente aux approches qualitatives c'est qu'elles ne permettent ni de reproduire ni de généraliser les résultats qu'elles génèrent. Toutefois, les résultats de la présente étude laissent place à une possible transférabilité, à la condition essentielle que les travailleurs (dans ce cas-ci des infirmières gestionnaires de programme-clientèle), dans un autre contexte, se retrouvent ou se reconnaissent dans les résultats de l'étude et reprennent les conclusions à leur compte.

La PDT a également pour limite de considérer les rapports entretenus par les travailleurs avec leur travail tel qu'organisé dans un temps donné et dans un contexte

donné. Ainsi, tout changement de contexte ou de variables organisationnelles peut justifier le renouvellement de l'enquête.

*Conclusion*

Le réseau de la santé et des services sociaux au Québec a connu plusieurs transformations au cours de la dernière décennie (Bergeron & Gagnon, 2003). Ces multiples transformations effectuées au nom d'une meilleure rationalité économique ne semblent pas avoir pris en considération la rationalité subjective du travailleur (Carpentier-Roy & Vézina 2000).

La présente étude, réalisée à l'aide de la psychodynamique du travail, permet de mieux comprendre l'expérience subjective de travail d'infirmières gestionnaires de programme oeuvrant au sein d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, structuré selon un mode de gestion par programmes-clientèle. La psychodynamique du travail analyse l'impact de l'organisation du travail, (telle que structurée au moment de l'étude et en un lieu donné) sur les sources de plaisir et de souffrance et le déploiement de stratégies défensives permettant aux infirmières gestionnaires de programme de maintenir leur équilibre psychique. Le collectif d'enquête était composé de six infirmières gestionnaires de programme (trois femmes et trois hommes), lesquels ont participé à cinq entrevues collectives d'une durée variant entre deux heures trente et trois heures.

Cette étude est, à notre avis, la première à utiliser la méthode d'enquête de la psychodynamique du travail auprès de cadres infirmiers du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. En ce sens, les résultats de l'étude apportent une contribution intéressante à la recherche et aux connaissances en administration des services infirmiers et en santé mentale au travail. Les résultats démontrent que les valeurs qui sous-tendent la gestion par programme-clientèle ont interpellé à divers

égard les gestionnaires de programme et créé chez ces derniers le désir de s'investir corps et âme. Toutefois, l'expérience de travail vécue par les infirmières gestionnaires de programme témoigne d'une organisation du travail, source de souffrances dans la mesure où elle permet difficilement aux gestionnaires de programme de s'accomplir sur le plan professionnel. Les résultats illustrent le peu de reconnaissance manifesté et d'autonomie octroyé aux infirmières gestionnaires de programme dans la réalisation de leur travail. En réaction à ces souffrances, les participants ont développé des stratégies défensives afin de maintenir leur équilibre psychique. Cependant, l'utilisation à long terme de ces stratégies risque de fragiliser leur santé.

Il est à souhaiter que les résultats de la présente étude guident la réflexion des directions de centres hospitaliers qui fonctionnent sous un mode de gestion par programme-clientèle et qui s'intéressent à l'impact de l'organisation du travail sur la santé mentale des infirmières gestionnaires. Les résultats de cette étude ouvrent d'une part, sur des avenues intéressantes pour la recherche en administration des services infirmiers investiguant l'impact des nouvelles organisations du travail sur la santé mentale des infirmières gestionnaires. D'autre part, ils sauront guider les décideurs et administrateurs dans la création d'environnements de travail plus sains pour les cadres infirmiers.

## *Références*



- Aiken, L., Clarke, P. S., & Sloane, M. D. (2000). Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.
- Aiken, L., Clarke, P. S., Sloane, M. D., Sochalski, A. J., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, M. D., Sochalski, J. A., & Siber, J. H. (2002). Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16).
- Aiken, L., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L., & Sloane, D. M. (1997). Effects of specialization innovations in AIDS care on burn out among urban hospital nurses. *Work and Occupation*, 24, 453-477.
- Aikman, P., Andress, I., Goodfellow, C., Labelle, N., & Porter-O'-Grady, T. (1998). system integration: A necessity. *Journal of Nursing Administration*, 28(2), 28-34.
- Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance.*, Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 257-276.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: son objet, ses considérations épistémologiques et ses principaux concepts. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 239-256.
- Allcorn, S., Baum, H., S, Diamond, M. A., & Stein, H., F. (1996). *The human cost of a management failure*. Londres: Quorum books.
- Aubert, N. (1992). Le management psychique. *Revue internationale d'action communautaire*, 27(67), 153-159.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Manchecourt: Flammarion.

- Aubert, N. (2004). *L'individu hypermoderne*. Ramonville -Saint-Agne: Érès.
- Aiken, L., Clarke, P. S., & Sloane, M. D. (2000). Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.
- Aiken, L., Clarke, P. S., Sloane, M. D., Sochalski, A. J., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, M. D., Sochalski, J. A., & Siber, J. H. (2002). Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16).
- Aiken, L., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L., & Sloane, D. M. (1997). Effects of specialization innovations in AIDS care on burn out among urban hospital nurses. *Work and Occupation*, 24, 453-477.
- Aikman, P., Andress, I., Goodfellow, C., Labelle, N., & Porter-O'-Grady, T. (1998). system integration: A necessity. *Journal of Nursing Administration*, 28(2), 28-34.
- Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance.*, Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 257-276.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: son objet, ses considérations épistémologiques et ses principaux concepts. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 239-256.
- Allcorn, S., Baum, H., S, Diamond, M. A., & Stein, H., F. (1996). *The human cost of a management failure*. Londres: Quorum books.
- Aubert, N. (1992). Le management psychique. *Revue internationale d'action communautaire*, 27(67), 153-159.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Manchecourt: Flammarion.

- Aubert, N. (2004). *L'individu hypermoderne*. Ramonville -Saint-Agne: Érès.
- Aubert, N., & Gaulejac, V. (1991). *Le coût de l'excellence*. Paris: Seuil.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Shaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Baumann, A., Giovannetti, P., O'Brien-Pallas, L., Mallette, C., Deber, R., Blythe, J., et al. (2001). Healthcare restructuring the impact of job change. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1), 14-19.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Engagement et soins: les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, 2003, from Récupéré le 15 janvier 2003 de <http://www.chsrf.ca>
- Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec: émergence et transformations. In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin & G. Bélanger (Eds.), *Le système de santé au Québec organisations, acteurs et enjeux* (pp. 7-29). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Blythe, J., Baumann, A., & Giovanetti, P. (2001). Nurse's experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61-68.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., & Butt, M. (2002). La qualité de vie au travail et le travail infirmier. In C. Viens, M. Lavoie-Tremblay & M. Mayrand-Leclerc (Eds.), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 23-35). Cap-Rouge: Presses inter Universitaires.
- Boeglin, M. J. (1996). *Job satisfaction of first level nurse managers*. Indiana University.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec*. Ste-Foy (Québec): Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université de Laval.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., et al. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*. Québec: Rapport de recherche soumis au programme national de recherche et de développement en matière

de santé. Équipe de recherche RIPOST. Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.

- Brannon, R. I. (1996). Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional workforce. *International Journal of Health Services*, 26(4), 643-654.
- Bretton, J.-C. (2000). *Organisation par programme clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*: Association des hôpitaux du Québec.
- Brown, J. A., Woodward, C. A., Shannon, H. S., Cunningham, C. E., Lendrum, B., Mc Intosh, J., et al. (1999). Determinants of Job Stress and Job Satisfaction among Supervisory and Non-Supervisory Employees in a Larger Canadian Teaching Hospital. *Healthcare Management Forum*, 12(1), 27-33.
- Brueckner, S. (1978). The evolving field of nursing administration. In C. Slater (Ed.), *The education and roles of nursing service administrators*. Battle Creek: Kellogg Foundation.
- Buerhauss, P., & Staiger, D. O. (1996). Managed care and the nurse workforce. *Journal of the American Medical Association*, 276(18), 1487-1493.
- Burgoyne, J., & Lorbieckie, A. (1993). Clinicians into management: the experience in context. *Health Services management Research*, 6, 248-259.
- Carpentier-Roy, M. C. (1990). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*. Thèse de doctorat non publié, Université de Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences.
- Carpentier-Roy, M. C. (1992). L'affectif dimension occultée des rapports de travail. *Revue internationale d'action communautaire*, 27(67), 153-159.
- Carpentier-Roy, M. C. (1994). Santé mentale et travail: avantages et limites de la psychodynamique du travail. In R. Malenfant & M. Vézina (Eds.), *Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*: Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec, ACFAS, Les cahiers scientifiques, 81.
- Carpentier-Roy, M. C. (1995a). *Corps et âmes: psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber.
- Carpentier-Roy, M. C. (1995b). Santé mentale et travail: Avantages et limites de la psychodynamique du travail. In R. Malenfant & M. Vézina (Eds.), *Plaisir et*

*souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*: Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, centre de santé publique de Québec, ACFAS, Les cahiers scientifiques, 81.

- Carpentier-Roy, M. C. (1995c). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 119-138.
- Carpentier-Roy, M. C. (2000). La psychodynamique du travail et la recherche en santé mentale au Québec. In M. C. Carpentier -Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus* (pp. 21-29). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Carpentier-Roy, M. C. (2001). *Être reconnu au travail; nécessité ou privilège?* Paper presented at the Actes du colloque "Travail , reconnaissance et dignité humaine", Québec: Université Laval.
- Carpentier-Roy, M. C., St-Jean, M., Saint-Arnaud, L., & Gilbert, M. A. (2000). Le travail du conseiller syndical: ne pas mourir mais mourir presque. In M. C. Carpentier -Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus*. Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval.
- Carpentier-Roy, M. C., & Vézina , M. (2000). *Le travail et ses malentendus*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Chanlat, J.-F. (1990). Théories du stress et psychopathologie du travail. *Prévenir*(20), 117-125.
- Clifford, J. C. (1998). *Restructuring: The impact of hospitals organization on nursing leadership*. Chicago: AHA press.
- Clouten, K., & Weber, R. (1994). Patient focused care...playing to win. *Nursing Management*, 25(2), 34-36.
- Coughlin, C. (2001). Care centered organizations, part 2: The changing role of the nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 31(3), 113-120.
- Cru, D. (1988). Collectif et travail de métier; sur la notion de collectif de travail. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail tome 1* (pp. 29-42). Paris: Association pour l'Ouverture du champ d'Investigation Psychopathologique, CNRS.

- Cummings, G. G. (2003). *An examination of the effects of hospital restructuring on nurses: How emotionally intelligent leadership styles mitigate these effects*. University of Alberta, Edmonton.
- D'Amour, D. (2003). *La gestion par programme clientèle : soins infirmiers*. Manuscrit non publié, Montréal.
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*, 3(116), 33-46.
- de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion*. Paris: Seuil.
- Dejours, C. (1980). La charge psychique de travail. In S. F. d. psychologie (Ed.), *Équilibre ou fatigue par le travail?* (pp. 45-54). Paris: Entreprise moderne d'édition.
- Dejours, C. (1987). Aspects psychopathologiques du travail. In C. Lévy-Leboyer (Ed.), *Traité de psychologie du travail* (pp. 1-27). Paris: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (1995a). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, 58(1), 1-16.
- Dejours, C. (1995b). *Le facteur humain*. Collection: Que sais-je? no. 48 976. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (2000a). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Dejours, C. (2000b). Préface. In M. C. Carpentier -Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus* (pp. 9-18). Québec: Octares, Les presses de l'Université Laval.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20, 127-149.
- Dessors, D. (1995). Précarité, précarisation, santé: lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 56, 176-180.
- Drach-Zahavy, A., & Dagan, E. (2002). From caring to managing and beyhound: an examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 19-28.

- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K., & Saulnier, P. (1995). *  tude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Dusseault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Les personnels de la santé: bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins. In P. B. V. Lemieux, C. Bégin, & G. Bélanger (Ed.), *le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux* (pp. 229-257). Québec: PUL.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Paris:   ditions estem.
- Estryn-Béhar, M., Kaminski, M., Peigne, E., & al. (1990). Stress and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 20-28.
- Fabi, B., Lacoursière, R., & Proulx, C. (2000). *  volution des rôles et des conditions d'exercice du personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec: Recension et synthèse de la documentation contemporaine dans une perspective d'analyse comparative et de recherche-action*.: Département des sciences de la gestion et de l'  conomie, Université du Québec    Trois-Rivières.
- Fernandez-Zo  la, A. (1999). Pour une herméneutique métamorphique, application en psychopathologie du travail. *Travailler*, 1(2), 83-112.
- Fletcher, E. C. (2001). Hospital RNs' Job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of nursing administration*, 31(6), 324-331.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M. R. (2000). *Mental health in the workplace*. Genève: Bureau international du travail.
- Gaudine, P. A., & Beaton, R. M. (2002). Employes to go againts one's values: nurse managers' of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal Of Nursing Research*, 34(2), 17-34.
- Gauthier, F. (1987). *La validité d'une recherche portant sur des pratiques éducatives*. Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal, juillet 1987. 12p.
- Gelinas, L. S., & Manthey, M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration*, 27(10), 273-293.

- Gilbert, M. A. (1994). Psychodynamique du travail et syndicalisme. In R. Malenfant & M. Vézina (Eds.), *Plaisir et souffrance, dualité de la santé mentale au travail*: ACFAS, les cahiers scientifiques, 81.
- Goffart, I. (2004). *Organisation du travail, action syndicale et épuisement professionnel: étude des stratégies défensives de métier masculines et féminines*. Université de Montréal, Montréal.
- Gosling, J., & Mintzberg, H. (2003). The five minds of a manager. *Harvard business review*, 81(137), 54-63.
- Guba, E. C., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Nembury Park: Sage Publications.
- Hurst, K. (1996). The managerial and clinical implications of patient-focused care. *Journal of Management in Medicine*, 10(3), 59-77.
- Ingersoll, G. L., Cook, J., Fogel, S., Applegate, M., & Frank, B. (1999). The Effect of Patient-Focused Redesign on Midlevel Nurse Managers' Role Responsibilities and Work Environment. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 21-27.
- Jenner, E. A. (1998). A case study analysis of nurses' roles, education and training needs associated with patient focused care. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1087-1095.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Johnston, L. C., & Cooper, K. P. (1997). Patient-focused care: what is it? *Holistic Nursing Practice*, 11(3), 1-7.
- Johnston, L. C., & Herman, K. P. (1995). Restructuring: Implications for Nursing Administration Education. *Journal of Nursing Administration*, 25(5), 12-13.
- Judkins, S. K., & Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: a long term solution. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(6), 259-264.
- Kalo, B., & Jutte, P. (1996). Head Nurse To Nurse Manager Easing the transition. *Journal of Nursing Development*, 12(2), 86-92.



- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New-York: Basic books.
- Kerfoot, K. M. (1993). Today's patient care unit manager. From Vertical to Horizontal Nursing Management. *Nursing Economics*, 11(1), 49-51.
- Kerfoot, K. M., & Leclair, C. (1991). Nursing management considerations- building a patient focused unit: the nurse manager's challenge. *Nursing Economics*, 9(6), 441-443.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval (Québec): Beauchemin.
- Knox, S., & Irving, J. A. (1997). Nurse manager perceptions of healthcare executive behaviors during organizational change. *Journal of nursing administration*, 27(11), 33-39.
- Lamontagne, L. (1999). *Analyse compréhensive de l'expérience de transition organisationnelle des CLSC vécue par des infirmières dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières non publié, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demand-control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- Laschinger, K. H., Almost, J., Purdy, N., & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in canadian restructured healthcare settings. *Canadian Journal of Nursing leadership*, 17(4), 88-104.
- Laschinger, K. H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *Journal of nursing administration*, 31, 260-272.
- Laschinger, K. H., Sabiston, H. K., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Voices from the trenches: nurses' experience of hospital restructuring in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1), 6-13.

- Lathrop, P. J. (1991). The patient-focused hospital. *Healthcare Forum Journal*, 34(4), 17-20.
- Lathrop, P. J. (1993). *Restructuring health care The patient-focused paradigm*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Leander, W. J. (1996). *Patients first. Experiences of a patient-focused pioneer*. Chicago, Illinois: Health administration press.
- Leatt, P., Lemieux-Charles, L., & Aird, C. (1994). *Program management and beyond: management Innovations in Ontario hospitals*. Ottawa, Canada.
- Lendrum, B. (1999). Work process redesign and nurses' work. In J. M. Hibberd & D. L. Smith (Eds.), *Nursing Management in Canada*. Toronto: W.B. Saunders.
- Lindlhom, M., Dejin-Karlsson, E., Östergren, P.-O., & Udén, G. (2003). Nurse manager's professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 506-515.
- Litwin, R., Beauchesne, K., & Rabinowitz, B. (1997). Redesign the nurse manager role: a case study. *Nursing Economics*, 15(1), 6-14.
- Luc, D., & Rondeau, A. (2002). La restructuration par programme clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont: une étude diachronique de cette transformation. *Gestion*, 27(3), 33-40.
- Luc, D., & Rondeau, A. (2003). La mise en place d'une gestion par programmes: impacts sur les rôles, responsabilités et rapports d'influence. Le cas de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. *Interaction*, 6(2), 232-248.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2000). Patient centered care: understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(2), 165-183.
- Mang, A. L. (1995). Implementation strategies of patient focused care. *Hospital & Health Services Administration*, 40(3), 155-177.
- Maranda, M.-F. (1998). La psychodynamique du travail une approche clinique en milieu de travail. *Carriérologie*, 7(1), 65-80.
- Maranda, M.-F. (1999). *Enquête en psychodynamique du travail: rapport de recherche auprès de travailleurs d'une chaîne de télévision*: Cahiers du CERDEC, Université Laval.

- Maranda, M.-F., Rhéaume, J., Saint-Jean, M., & Trudel, L. (2003). Les sources de l'épuisement professionnel dans le travail syndical. In J.-P. Brun, C. Blais, S. Montreuil & A. Vinet (Eds.), *L'urgence de penser autrement l'organisation* (pp. 93-112). Saint-Nicolas: les presses de l'Université Laval.
- Mark, B. A. (1994). The emerging role of the nurse managers: implications for educational preparation. *Journal of Nursing Administration*, 24(1), 48-55.
- Marsan, M. (1999). *L'émergence du capital relationnel de gestionnaires de première ligne oeuvrant en centres hospitaliers périphériques*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Maslach, C. (1976). Burn out. *Human Behaviors*, 5, 16-22.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3ième éd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mayrand-Leclerc, M., Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). Pour un environnement psychosocial des gestionnaires infirmiers. *Soins cadres*, 54(Mai 2005), 48-55.
- Mendel, G. (1985). Actepouvoir et aliénation: perspectives socio-psychanalytiques. In C. Dejours, C. Veil & A. Wisner (Eds.), *Psychopathologie du travail* (pp. 140-147). Paris: Entreprise moderne d'édition.
- Miller, E. (1999). Reengineering the role of the nurse manager in a patient centered care organization. *Journal of Nurse Care Qualitative*, 13(6), 67-73.
- Miller, J., Galloway, M., Coughlin, C., & Brennan, E. (2001). Care-centered organizations part 1: Nursing Governance. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 67-73.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001a). *Les solutions émergentes*, from [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire juillet 2003*, from Récupéré le 2 août 2003 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). *Info-Shérum*, from Récupéré le 28 juillet 2005 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2001b). *Planification de la main-d'œuvre personnel cadre et hors cadre du réseau de la santé et des services sociaux 2000-2010*, from récupéré le 15 janvier 2003 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2001c). *Rapport du comité provincial d'assurance salaire: plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004*.

Mintzberg, H. (2002). Managing care and cure-up and down, in and out. *Health Services management Research*, 15, 193-206.

Moffit, K. G., Daly, P. B., Tracey, L., Galloway, M., & Tinstman, T. C. (1993). Patient-Focused Care: Key Principles to Restructuring. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4), 509-521.

Moore, N., & Komras, H. (1993). *Patient focus healing: integrating caring and curing in health care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Morin, E. M., Archambault, M., Bellavance, F., Giroux, H., & Pauchant, T. (2001). *La qualité de vie au travail des cadres supérieurs du Réseau de la santé et des services sociaux: rapport d'enquête diagnostique et recommandations*. Montréal: École des Hautes études commerciales, direction de la recherche.

Morissette, F. (1993). *Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones oeuvrant aux soins intensifs au Québec*. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives* (2 ed.). Paris: Collection : Que sais-je? no 2591 Presses Universitaires de France.

Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Colin.

Myers, S. M. (1998). Patient-focused care: what managers should know. *Nursing Economics*, 16(4), 180-188.

Newman, K. (1997). Towards a new health care paradigm patient-focused care. The case of Kinston Hospital Trust. *Journal of Management in Medicine*, 11(6), 357-371.

Norrish, B. R., & Rundall, T. G. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Milbank Quarterly*, 79(1), 55-79.

- Nyberg, J. (1990). Theoretic explorations of human care and economics: Foundations of nursing administration practice. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 74-84.
- Nystuen, P., Hagen, K. B., & Jerrin, J. (2001). Mental health problem as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal Public Health*, 29(3), 175-182.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La gouverne des soins infimriers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*. Montréal: Direction des services aux clientèles et des communications.
- Parker Shannon, V. (2002). La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp. 97-121). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Patronis Jones, R. A., Dougherty, M., & Martin, S. (1997). Program evaluation of a unit reengineered for patient focused care. *Holistic Nursing Practice*, 11(3), 31-46.
- Piko, B. F. (2003). Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work & Stress*, 17(1), 93-100.
- Pillar, B., & Jarjoura, D. (1999). Assessing the impact of reengineering on nursing. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 57-64.
- Ray, M. A. (2001). The theory of bureaucratic caring. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 421-431). Philadelphia: F.A. Davis company.
- Redman, R. W., & Jones, K. (1998). Effects of Implementing Patient-Centered Care Models on Nurse and Non-Nurse Managers. *journal of Nursing Administration*, 28(11), 46-53.
- Rhéaume, J. (2004). L'hyperactivité au travail: entre narcissisme et identité. In N. Aubert (Ed.), *l'individu hypermoderne*. Ramonville-Saint-Agne: Érés.
- Rouleau, L. (1999). Le malaise du management intermédiaire en contexte de réorganisation: éclatement et renouvellement identitaires. *Gestion*, 1999(Automne), 102-113.
- Saulnier, P. (1993). *Influence du soutien social au travail sur le stress, les stressseurs occupationnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gérontologie*. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal.

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Peter, R., Junde, A., Cremer, P., & Siedel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Social Science of Medicine*, 31, 1127-1134.
- Siegrist, J., Siegrist, K., & Weber, I. (1986). sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. *Social Science of Medicine*, 22, 247-253.
- Sovie, M. (1994). Nurse Manager: A key Role in Clinical Outcomes. *Nursing Management*, 25(3), 30-34.
- Sovie, M., & Jawad, A. F. (2001). Hospital Restructuring and its Impact on Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Trudel, L. (2000). S'engager dans une enquête en psychodynamique du travail: réflexions méthodologiques. In M. C. Carpentier -Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus* (pp. 42-52). Québec: Les presses de l'Université laval.
- Turgeon, J., & Gauthier, J. (2002). Le réseau de la santé et des services sociaux. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp. 25-39). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Van Der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles: DeBoeck Université.
- Van DeVelde-Coke, S. (1999). Restructuring health agencies: from hierarchies to programs. In J. M. Hibberd & D. L. Smith (Eds.), *Nursing Management In Canada* (pp. 135-156). Toronto: W.B. Saunders Canada.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New-York Press.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117-138.
- Vézina, M. (1999). Stress et psychodynamique du travail: de nouvelles convergences. *Travailler*, 1(2), 201-218.

- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. C. Carpentier -Roy & M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus* (pp. 28-41). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2002). Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale. In Institut de la statistique du Québec (Ed.), *Portrait social du Québec: données et analyses. Édition 2001* (pp. 279-287). Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Weber, D. Q. (1991). Six models of patient-focused care. *Health Forum Journal*(July-August), 23-31.
- Westmoreland, D. (1993). Nurse managers' perspectives of their work. *Journal of nursing administration*, 23(1), 60-64.
- White, J. P. (1997). After total quality management, what? RE-engineering bedside care. In P. Armstrong, H. Armstrong, J. Choinière, E. Mykhalovskiy & J. P. White (Eds.), *Medical alert. New Work Organizations in Health Care*. (pp. 131-152). Toronto: Garamond Press.
- Woodward, C. A., Shannon, H. S., Cunningham, C., Mc Intosh, J., Lendrum, B., Rosenbloom, D., et al. (1999). The impact of Re-Engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital. *Medical Care*, 37(6), 556-569.

*APPENDICE A*  
Liste des thèmes abordés lors des entrevues



LISTE DES THÈMES ABORDÉS LORS DES ENTREVUES  
(Inspiré de Alderson 2001) :

1) TRAVAIL ET ACTIVITÉ DE TRAVAIL

1A) La nature du travail

- L'activité de travail
- Charge physique, psychique et cognitive du travail
- Le rôle professionnel (gestionnaire et infirmière)
- Habiletés, formation et connaissances requises
- Caractéristiques de l'organisation du travail (co-gestion, travail en équipe)
- Écart entre le travail prescrit et le travail réel
- présence de technologie

1b) Les contraintes d'activité

- Horaire de travail (nombre d'heures)
- Horaire et fréquences des réunions
- Travail avec d'autres professionnels
- Gestion des ressources humaines (pénurie, roulement, remplacement de personnels)
- Environnement organisationnel, structurel, physique et matériel

2) Le contenu significatif de la tâche

- Reconnaissance sociale du rôle de gestionnaire, de la pratique infirmière gestionnaire sous une structure de gestion par programme –clientèle
- Reconnaissance à l'interne (par la direction et les subordonnés)
- Sentiment de sur-utilisation ou de sous-utilisation des connaissances et des compétences
- Consultation
- Participation aux décisions

- Sentiment d'impuissance
- Possibilités de promotion, d'avancement de carrière
- Autonomie, pouvoir, responsabilités
- Interruption de tâches, fragmentation des tâches
- Ambiguïtés et conflits de rôles
- Sentiment d'appartenance à l'institution

### **3) Les source de souffrances au travail**

- source de souffrance dans le travail : organisationnels, relationnels, structurels, etc.

### **4) Les risques, peurs et anxiétés reliés au travail**

- Risques physiques ou psychologiques et socio-organisationnels
- Absentéisme

### **5)Les sources de plaisirs au travail**

- source de plaisirs et de satisfaction au travail

### **6) Le soutien social au travail**

- Avec les pairs gestionnaires (infirmières ou autres)
- Avec la direction
- Avec les employés

### **7) L'imaginaire social**

- Raisons du choix de la profession d'infirmière gestionnaires, éléments importants de la profession
- Désir en regard de la profession : réussite, reconnaissance, etc...
- Rapports personnels avec l'autorité et le pouvoir
- Investissement dans le travail et hors travail

*APPENDICE B*

Certification éthique du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé  
de l'Université de Montréal

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA  
SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** Analyse psychodynamique du travail des infirmières  
gestionnaires de programmes oeuvrant sous une gestion par programme clientèle

**Sous la direction de :** Marie Alderson

**Financé par :**

---

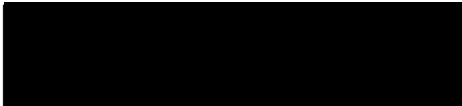
À la réunion du 30 août 2004, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont :  
le président du comité, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la  
représentante de la Faculté des sciences infirmières, la représentante de l'École  
d'optométrie, le représentant du Département de kinésiologie, l'experte en éthique

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la  
recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du :. Octobre 2004 à avril 2005

Le 14 octobre 2004

  
Claude Beaulne, O.D., M.Sc.  
Président CERSS École d'optométrie (514) 343-7962  
claude.beaulne@umontreal.ca

*APPENDICE C*  
Formulaire de consentement des participants

## **Formulaire de consentement**

### **Titre de l'étude :**

Le rapport au travail d'infirmières(ers) gestionnaires de programme-clientèle : une étude en psychodynamique du travail

### **Chercheure responsable du projet :**

La chercheure responsable du projet est Line Allaire, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, option administration des services infirmiers de l'Université de Montréal. Coordonnées : (adresse courriel) ou XXX-XXX-XXXX.

### **Directeur de recherche :**

La directrice de recherche de ce mémoire est Pr Marie Alderson de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Coordonnées : (adresse courriel) ou XXX-XXX-XXXX.

### **Co-directrice de recherche :**

La co-directrice de ce mémoire est Pr Micheline Saint-Jean de la Faculté de médecine-École de réadaptation de l'Université de Montréal. Coordonnées : (adresse courriel) ou XXX-XXX-XXXX.

### **Introduction :**

Les bouleversements économiques, les changements démographiques, technologiques et sociaux ont entraîné des changements majeurs pour le système de santé québécois notamment l'arrivée de nouveaux mode de gestion au sein de nos hôpitaux dont celui de la gestion par programme clientèle. Ce nouveau mode de gestion modifie la structure organisationnelle et implique une réorganisation du travail qui n'est pas sans impact sur la gestion des soins infirmiers. Ce modèle modifie grandement la gouverne des soins infirmiers. Cependant, nous savons peu de chose sur l'expérience de travail des infirmières gestionnaires de programme et son impact potentiel sur l'équilibre psychologique au travail.

### **But et objectif du projet :**

Le but de la présente recherche est de mieux comprendre l'expérience de travail en termes de plaisir et souffrance vécue par des infirmières gestionnaires de programme-clientèle.

### **Nature de ma participation :**

La nature de ma contribution à la présente recherche est la participation active et volontaire à trois entrevues collectives de collecte des données, une quatrième entrevue de validation (entrevue de restitution de l'analyse faite par le collectif de chercheuses) et si possible, une cinquième entrevue consistant à la présentation du rapport de recherche et discussion de son contenu. Ces entrevues seront d'une durée de deux à trois heures. Aucune compensation financière n'est prévue. Les entrevues auront lieu dans un local au sein de l'établissement et seront enregistrées sur audiocassette. Pour contribuer à la qualité de l'étude, (validité des résultats) je m'engage à m'investir dans les entrevues.

### **Conditions de participation :**

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes : 1- être infirmière gestionnaire de programme oeuvrant dans un hôpital sous une gestion par programme-clientèle; 2- avoir pour tâches, la gestion des opérations cliniques et administratives, la gestion des ressources humaines non médicales ainsi que la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles de plusieurs départements de soins regroupés sous un programme clientèle; 3-comprendre et s'exprimer aisément en français; 4- vouloir participer à des entrevues collectives; 5- accepter les risques potentiels inhérents à la démarche introspective. Considérant, que l'étude porte sur l'analyse de l'expérience collective de travail et que toute expérience de travail s'avère pertinente en regard du phénomène à l'étude, le nombre d'années d'expérience ne sera pas un critère retenu.

### **Avantages pouvant découler de ma participation :**

La présente recherche m'amène à réfléchir et échanger avec mes collègues sur ce que je ressens et vis au travail. Elle me permettra une meilleure compréhension des rapports que j'entretiens avec mon travail.

Cette étude peut être l'occasion d'établir de nouveaux liens de confiance et de créer ou recréer un réseau de soutien entre collègues.

En plus de ces avantages directs, il y a le fait de contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

### **Risques et inconforts :**

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait encourir aucun risque physique, psychologique ou social. Je sais que je m'engage à 15 heures d'entrevues collectives ce qui implique un investissement en temps et peut-être un peu de fatigue. J'ai été informé(e) de l'existence des ressources internes à l'établissement pouvant me venir en aide, advenant que des aspects ou problématique d'ordre individuel, ne relevant pas du champ de l'étude qui vise les dimensions collectives ou communes au groupe, surgiraient au cours de l'étude.

### **Participation à l'étude**

Il est entendu que ma participation au projet de recherche est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice.

### **Confidentialité :**

Je m'engage à la confidentialité des propos échangés lors des entrevues collectives. J'aurai accès au résumé d'entrevue ainsi qu'au rapport final, aurai l'occasion d'exprimer mes commentaires et aurai un droit de regard quant aux propos qui y figureront.

Les enregistrements ne serviront qu'aux seules fins de la présente recherche. Les personnes qui auront accès aux données sont la chercheuse principale (Line Allaire) et les co-chercheuses (Professeure Marie Alderson directrice de mémoire et Professeure Micheline St-jean; co-directrice de mémoire). Les enregistrements seront gardées sous clé au bureau privé de la chercheuse responsable pour une durée de cinq ans et seront détruits par la suite. L'identification du milieu de recherche ainsi que celle des participants sera maintenue confidentielle dans toutes les publications découlant de ce projet de recherche.

### **RÉPERTOIRE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que le chercheur transmette au Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, aux seules fins de la constitution du répertoire des sujets participant à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Mon nom codé (initiales et date de naissance);



- Le numéro du projet de recherche ;
- La date de début et de fin de ma participation à ce projet.

Le répertoire sert à assurer votre protection en tant que sujet de recherche et permettra à l'établissement d'assumer ses responsabilités au niveau de la gestion et de la vérification, ce qui exclut toute utilisation à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Les renseignements fournis par le chercheur seront détruits au plus tard douze mois suivant la fin de votre participation au projet. Le répertoire est soumis aux règles en matière de respect de la vie privée et de la protection de la confidentialité applicables.

### **Questions sur l'étude :**

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez vous adresser à Mme Line Allaire au XXX-XXX-XXXX.

## Signatures

**Titre de l'étude :** Le rapport au travail d'infirmières(ers) gestionnaires de programme-clientèle : une étude en psychodynamique du travail

**Responsable de l'étude :** Line Allaire

Je, (nom du participant en lettres moulées).....  
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec Line Allaire et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps de l'étude sans préjudice.

Signature du participant.....Date.....

Nom et prénom du participant (lettre moulées).....

Adresse : :.....

Téléphone :.....

Signature du témoin :.....Date.....

Nom et prénom du témoin (lettre moulées).....

Adresse :.....

Téléphone.....

Je, soussignée, Line Allaire, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

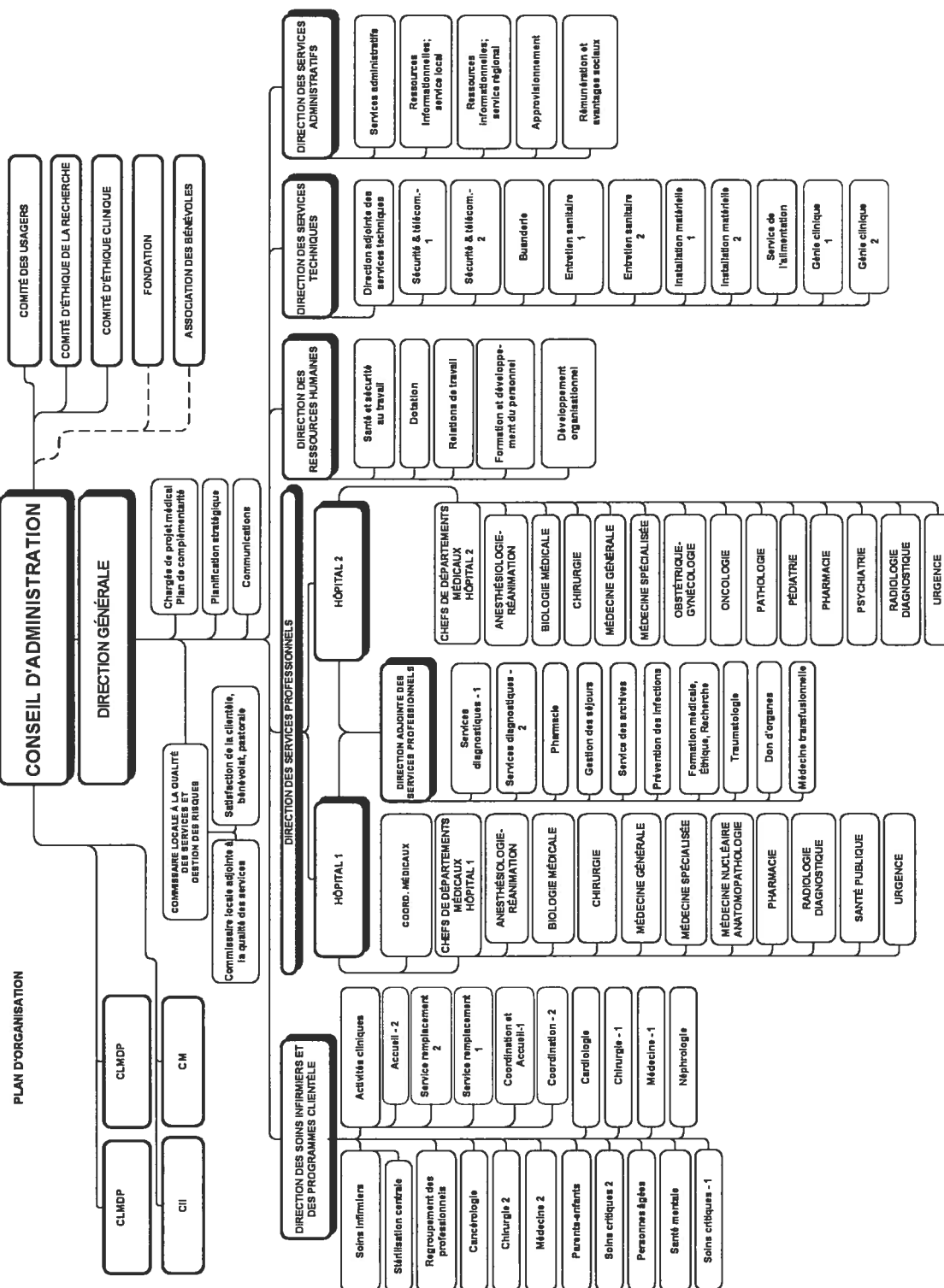
Signature de l'investigatrice .....Date.....

Nom et prénom de l'investigatrice.....

Adresse :.....

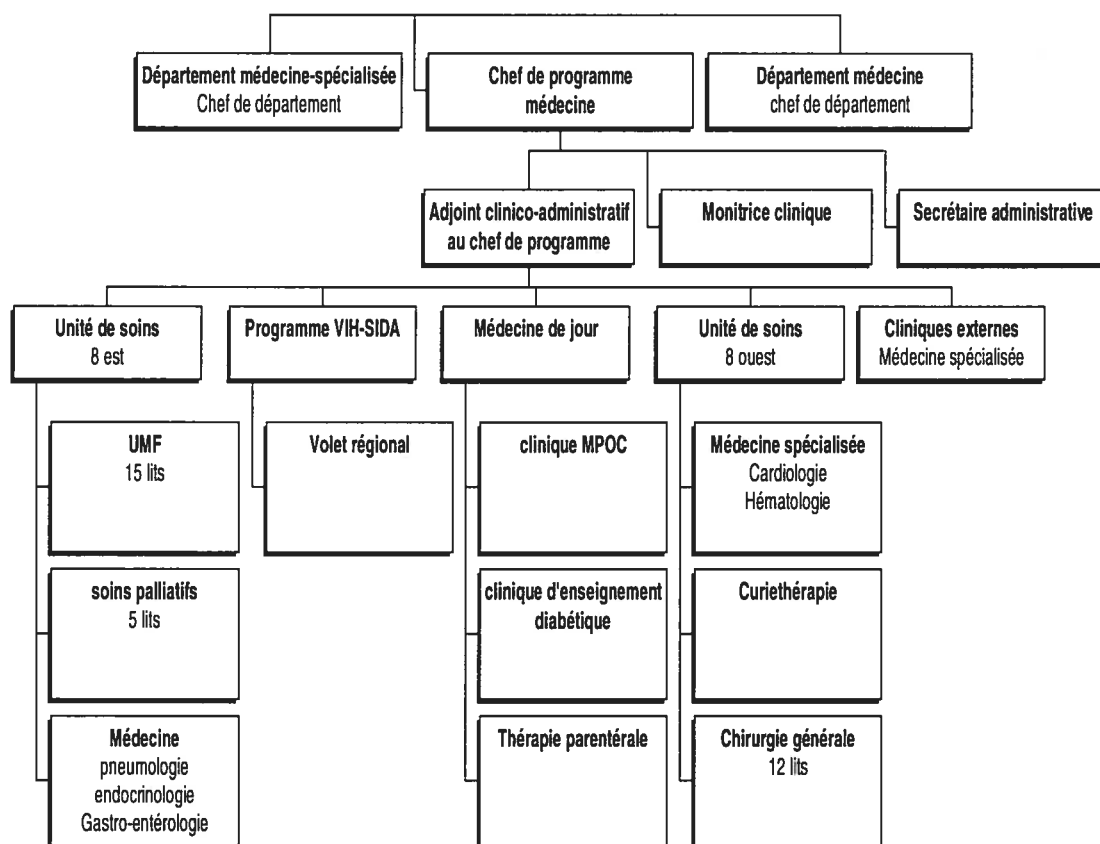
Téléphone :.....

*APPENDICE D*  
Organigramme du centre hospitalier



*APPENDICE E*  
Exemple d'un programme-clientèle

### Exemple de l'organigramme d'un programme-clientèle



<sup>1</sup> Nombre d'employés environ 150